

***INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES***

**CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL SUPERIOR DA FORÇA AÉREA**

**2011/2012**



**TII**

**GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO DOENTE  
INTERNADO NO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS –  
UNIDADE HOSPITALAR DO LUMIAR**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO  
CURSO NO IESM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO  
CONSTITUINDO ASSIM DOUTRINA OFICIAL DA FORÇA AÉREA PORTUGUESA.**

**ANTÓNIO J. CUNHA CORREIA**

**CAP/TS**



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO  
DOENTE INTERNADO NO HOSPITAL DAS FORÇAS  
ARMADAS – UNIDADE HOSPITALAR DO LUMIAR**

**CAP/TS António José Cunha Correia**

Trabalho de Investigação Individual do CPOS/FA

Lisboa 2012



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO  
DOENTE INTERNADO NO HOSPITAL DAS FORÇAS  
ARMADAS – UNIDADE HOSPITALAR DO LUMIAR**

**CAP/TS António José Cunha Correia**

Trabalho de Investigação Individual do CPOS/FA

Orientador: TCor Vale Lima

Lisboa 2012



## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho só foi possível com a ajuda e colaboração de várias pessoas, às quais não posso deixar de agradecer:

Em primeiro lugar ao meu orientador, TCor Vale Lima, pela preciosa ajuda, apoio e disponibilidade demonstrada no decurso deste trabalho e que contribuíram para a melhoria e conclusão do mesmo.

À Dr.<sup>a</sup> Margarida Eiras pela disponibilização do inquérito sobre CSD, cuja colaboração foi essencial pelo seu precioso apoio e conhecimentos que me transmitiu sobre Segurança do Doente.

Ao TCor Vieira, Administrador da DS e do HFFAAA-UHL e ao TCor Luís Cordeiro, responsável pelo Serviço Informático Hospitalar, pelas entrevistas concedidas.

Ao Nuno Moreira e ao André Mota da Inqueo pela disponibilização da plataforma informática para o lançamento dos questionários e recolha dos dados.

À Inês, minha sobrinha, pela colaboração na construção do trabalho.

À Enf.<sup>a</sup> Susana Ramos, pelos conselhos e orientações sobre a realidade da gestão de risco Hospitalar em Portugal.

A todas os Médicos e Enfermeiros do HFFAA-UHL que responderam ao questionário, sem os quais não seria possível levar a cabo esta investigação. E a todos aqueles que de uma forma anónima e isolada contribuíram com esclarecimentos e sugestões, o meu muito obrigado.

Por fim à minha Família, um agradecimento muito especial, por todo o apoio, encorajamento e motivação evidenciada ao longo destes últimos meses.



## Índice

Introdução .....	1
1. Qualidade dos cuidados e segurança do doente.....	5
a. O erro clínico e as diferentes abordagens .....	5
b. Realidade internacional .....	7
c. Realidade nacional.....	7
d. Realidade no Hospital da Força Aérea (HFA)/HFFAA-UHL.....	10
e. Cultura de segurança do doente .....	11
f. Elementos caracterizadores da cultura de segurança do doente .....	12
2. Desenho do estudo.....	14
a. População.....	17
b. Critério de exclusão .....	18
c. Caracterização da população .....	18
3. Análise de resultados .....	20
a. Notificação.....	20
b. Cultura de culpabilização .....	22
c. Passagem de turno/transições .....	23
d. Perceções gerais sobre segurança do doente .....	24
e. Pontos fortes e fragilidades dos elementos da CSD .....	26
f. Resultados complementares .....	31
Conclusões.....	34
Bibliografia:.....	39
Glossário.....	42



## Índice de figuras

Figura 1 – Modelo do queijo suíço de James Reason (Adaptado de Touriellles, J. 2010).....	6
Figura 2 – Recodificação da escala e interpretação dos resultados (Fonte, Eiras 2010).....	17
Figura 3 – Gráfico representativo da distribuição da população pelos serviços/unidades. .	19
Figura 4 – Resposta à pergunta: Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências notificou? .....	20
Figura 5 – Avaliação da resposta ao erro não punitiva. Os valores apresentados no gráfico de barras correspondem ao valor médio. O gráfico de radar avalia as respostas por indicador.....	22
Figura 6 – Avaliação das passagens de turno/transições.....	24
Figura 7 – Avaliação das perceções gerais dos profissionais sobre SD no seu serviço. ....	25
Figura 8 – Grau de segurança atribuído pelos profissionais de saúde ao seu serviço/unidade.....	26
Figura 9 – Avaliação do trabalho em equipa. ....	27
Figura 10 – Perceção dos profissionais de saúde sobre o apoio à SD pela Gestão/Administração. ....	28
Figura 11 – Avaliação dos elementos da CSD percecionada pelos profissionais de saúde do HFFAA-UHL. Vermelho: elementos críticos; verde: elementos fortes; e amarelo: elementos intermédios. ....	31
Figura 12 – Avaliação da aprendizagem organizacional – melhoria contínua.....	B-1
Figura 13 – Avaliação das expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD.B-1	
Figura 14 – Avaliação da comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro. ....	B-2
Figura 15 – Avaliação da abertura na comunicação.....	B-2
Figura 16 – Avaliação do trabalho entre unidades. ....	B-2
Figura 17 – Avaliação da dotação de Profissionais.....	B-3



---

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Dimensões da CSD e indicadores em estudo. ....	14
Tabela 3 – Relação das dimensões com os indicadores. ....	16
Tabela 4 – Distribuição da amostra por sexo, idade, profissão, experiência no serviço e na instituição. ....	18
Tabela 5 – Avaliação da frequência da notificação nos diferentes indicadores. ....	21
Tabela 6 – Análise dos resultados e comparação com outros estudos piloto sobre CSD (Fonte, Eiras 2011), ....	29
Tabela 7 – Comentários sobre SD. ....	33
Tabela 8 – Apresentação dos Serviços/População do HFFAA-UHL. ....	A-1
Tabela 9 – Informação complementar sobre segurança do doente. ....	C-1
Tabela 10 – Síntese da entrevista ao Administrador do HFFAA-UHL (24 Fev. 2012 ). ...	D-1



## **Índice de Anexos**

Anexo A - Serviços/Unidades de prestação de cuidados no HFFAA-UHL.....	A-1
Anexo B - Análise dos (restantes) elementos que caracterizam da CSD .....	B-1
Anexo C - Quadro resumo da “pergunta aberta” dos profissionais do HFFAA-UHL sobre SD (Informação complementar). ....	C-1
Anexo D - Entrevista ao Administrador da DS/HFFAA-UHL .....	D-1
Anexo E - Entrevista ao Chefe do Serviço de Informática do HFFAA-UHL .....	E-1
Anexo F - Pedido de autorização para utilização do inquérito sobre CSD .....	F-1
Anexo G - Inquérito.....	G-2

## **Índice de Apensos**

Apenso a - Escala de Morse.....	a-1
Apenso b - Proposta para Sistema de Notificação de Incidentes e EA (Fonte: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental).....	b-1





## Resumo

A segurança dos doentes internados constitui uma componente essencial da qualidade dos cuidados. Desenvolver a cultura de segurança do doente é crucial e por isso recomendado por organizações internacionais e nacionais. Assim, a segurança dos utentes requer tanto ações como um esforço contínuo de melhoria em áreas muito distintas, por parte das instituições Hospitalares e dos profissionais de saúde, que com os seus valores e competências têm um papel determinante na segurança e na qualidade dos cuidados prestados.

Com este estudo pretendemos avaliar a cultura de segurança dos doentes, percecionada pelos profissionais de saúde do HFFAA-UHL, tendo como objetivo melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Foi seguida a metodologia de Quivy e Campenhoudt, tendo por base um questionário com 12 dimensões e 42 indicadores sobre Cultura de Segurança do Doente da AHR (EUA), aplicado à população dos profissionais de saúde (112) que prestam cuidados diretos aos utentes internados no HFFAA-UHL.

Dos 12 elementos da Cultura de Segurança do Doente estudados, três revelam-se críticos e apenas um se afigura como forte para a Segurança do Doente, o “trabalho em equipa no HFFAA-UHL”.

Como pontos críticos, os profissionais de saúde do HFFAA-UHL reconhecem que existe uma fraca notificação dos eventos adversos/incidentes, não existindo um documento apropriado para o efeito e ausência de um órgão que faça a sua análise. A resposta punitiva ao erro é considerada como o ponto mais frágil da cultura de segurança do doente, focando-se no profissional e não no erro, com apenas um quarto dos profissionais a reconhecer que não existe uma cultura de culpabilização. O apoio à segurança do doente por parte da Gestão/Administração é percecionado pelos profissionais como outro ponto crítico; estes são da opinião de que aquele órgão de Gestão tem uma atitude reativa quando acontece algo que ponha em causa a segurança do doente. A falta de um departamento de gestão de risco clínico/qualidade dos cuidados que coadjuve a Direção Hospitalar leva a que exista uma falha na ação proactiva sobre a segurança do doente. Sendo estas as três áreas mais críticas, requerem a implementação de estratégias e ações imediatas no sentido de reduzir o risco e melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados no HFFAA-UHL.



Da análise global conclui-se que a cultura de segurança do doente neste Hospital se revela crítica, dado que apenas um dos elementos foi percecionado pelos profissionais de saúde deste Hospital como sendo um ponto forte.

Para melhorar a cultura de segurança do doente no HFFAA-UHL sugerem-se, como pontos cruciais, a criação de um departamento de gestão de risco clínico e implementação de um sistema de notificação.



## Abstract

The safety of Hospitalized patients is an essential component of quality care. It is essential to develop a culture of patient safety, which is why it is recommended by both international and national organizations. In this manner, patient safety requires actions and a continuous effort to improve different areas, from both the institutions and the healthcare professionals, who have values and competences that have a decisive role in the way they influence the quality of the provided care.

With this research, we intend to evaluate the safety culture of the patients, as perceived by the healthcare professionals of the HFFAA-UHL, with the aim to improve the safety and quality of the provided care.

The methodology of Quivy and Campenhoudt was employed. A questionnaire with 12 dimensions and 42 items about the patient's safety culture of AHR (USA) was applied to a population of healthcare professionals (112), who take direct care of the patients Hospitalized in HFFAA-UHL.

Of the 12 elements that studied the patient's safety culture three were critical, while only one, the "Teamwork within units in the HFFAA-UHL", was an area of strength.

As a critical aspect, the healthcare professionals of the HFFAA-UHL recognized the frequency of events reported, and there is no document prepared for the purpose and no department to analyze it. The nonpunitive response to error is considered the most fragile feature of the patient's safety culture, considering that it is focused in the professional and not on the error, with only one fourth of the healthcare professionals not recognizing that there is a punitive culture. Management support for patient safety is perceived by the healthcare professionals as another critical point; they believe that the Management has a reactive attitude when something that could put at risk the patient's safety happens. The lack of a clinical risk management/quality care department that could aid the Hospital Management leads to a failure in proactive actions on patient's safety. These are the three most critical areas, and therefore they require the implementation of strategies and immediate actions in order to reduce risk and improve the safety and quality of the care given at HFFAA-UHL.

The global analysis of the data allows us to conclude that the patient's safety culture in this Hospital is critical, since only one of the elements was perceived as a strength by the healthcare professionals of this Hospital.



In order to improve the patient's safety culture at the HFFAA-UHL it is suggested, as crucial features, the establishment of a clinical risk management department and the implementation of a notification system.



## **Palavras-chave**

Segurança dos doentes;

Qualidade dos cuidados;

Risco clínico;

Cultura de segurança do doente;

Perceção dos profissionais de saúde;

Notificação de eventos adversos/ incidentes.



## Lista de abreviaturas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
CCI	Comissão de Controlo de Infecção
CCIIH	Comissão de Controlo de Infecção e Higiene Hospitalar
CE	Conselho da Europa
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas
CSD	Cultura de Segurança do Doente
CSSV	Cirurgia Segura Salva Vidas
DGS	Direção Geral de Saúde
DL	Decreto-lei
DR	Diário da República
EA	Efeito Adverso
FAP	Força Aérea Portuguesa
FFAA	Forças Armadas
HFA	Hospital da Força Aérea
HFFAA-UHL	Hospital das Forças Armadas – Unidade Hospitalar do Lumiar
ISFA	Instituto de Saúde da Força Aérea
NEP	Normas de Execução Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Ordem de serviço
OSD	Observatório de segurança do doente
PE	Parlamento Europeu
PNCI	Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção
PNS	Plano Nacional de Saúde
SD	Segurança dos doentes
SI	Sistema Informático
UE	União Europeia
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos



## Introdução

O risco clínico e a segurança dos doentes (SD), no exercício dos cuidados de saúde modernos, constituem uma forte preocupação. Esta situação verifica-se em vários domínios, particularmente ao nível dos próprios profissionais de saúde que prestam cuidados nos hospitais. Estudos internacionais revelam que pelo menos 10% dos doentes internados são afetados por eventos adversos (EA) resultantes dos cuidados de saúde (Lage, 2010, p.11). O *Plano Nacional de Saúde* (PNS) para 2011/2016, dá especial atenção à promoção e à implementação de estratégias de Gestão de Risco Clínico<sup>1</sup> (DGS, 2011, p. 67).

A SD internado, é uma componente chave e uma dimensão incontornável na qualidade dos cuidados prestados nas instituições Hospitalares, devendo considerar-se como basilar, sustentando-se numa atitude preventiva. O investimento na SD, e portanto na melhoria da qualidade, deve considerar-se uma prioridade e um investimento economicamente rentável.

O Hospital das Forças Armadas – Unidade Hospitalar do Lumiar (HFFAA-UHL), tem atualmente cerca de 100 camas de internamento. Encontra-se em fase de concentração e unificação nesta unidade a estrutura Hospitalar para os três ramos das Forças Armadas (FFAA). Em 2011<sup>2</sup>, acolheu 1.487 doentes, totalizando 15.558 dias de internamento.

Há evidência de que quando existe uma cultura de notificação dos erros<sup>3</sup>, uma cultura aberta à comunicação, capaz de aprender com os seus próprios erros, ocorre um impacto positivo e quantificável no desempenho da equipa quanto à qualidade dos cuidados prestados.

Assim, este trabalho cujo tema é a “Gestão do Risco Clínico e Segurança dos Doentes internados no HFFAA-UHL” baseia-se na avaliação dos elementos que caracterizam a Cultura de Segurança do Doente (CSD) da *Agency for Healthcare and Quality* (AHRQ)<sup>4</sup> no HFFAA-UHL, e pretende determinar os seus pontos fortes e

---

<sup>1</sup> Incidentes e EA que ocorrem com os doentes, fruto da prestação de cuidados de saúde.

<sup>2</sup> Dados fornecidos pela Contabilidade do HFFAA-UHL.

<sup>3</sup> Registo dos erros/incidentes decorrentes da prestação de cuidados, de forma a serem analisados e definidas medidas preventivas/corretivas.

<sup>4</sup> Agência Americana para a qualidade e SD.



fragilidades, possibilitando a identificação das áreas que exigem ações para reduzir o risco e melhorar este campo da saúde das FFAA.

Os grupos de profissionais com maior influência no comportamento organizacional e que prestam diretamente cuidados de saúde aos doentes são os Enfermeiros e os Médicos. As suas atitudes e comportamentos influenciam decisivamente a CSD. Assim, o objeto de estudo centra-se na CSD percecionada pelos Enfermeiros e Médicos do HFFAA-UHL.

Esta investigação não engloba os restantes grupos profissionais da área da saúde, devido à marcada heterogeneidade de papéis.

O objetivo geral desta investigação é contribuir para a melhoria da SD e qualidade dos cuidados prestados no HFFAA-UHL, a partir da análise de elementos caracterizadores da CSD.

Pretende-se, como objetivos específicos:

- identificar a realidade atual relacionada com a CSD no HFFAA-UHL.
- identificar áreas que exigem ações para reduzir o risco e melhorar a SD no HFFAA-UHL.
- alertar os profissionais de saúde do HFFAA-UHL para a melhoria contínua da SD.
- promover a SD no HFFAA-UHL.

Perseguindo os objetivos propostos, a investigação terá como questão de partida:

***“Na perceção dos profissionais de saúde, em que medida os elementos que caracterizam a cultura de segurança do doente influenciam a segurança dos utentes internados no HFFAA-UHL?”***

Esta questão encerra outras perguntas a que chamamos derivadas e que são expressas da seguinte forma:

PD1 – De que forma os elementos caracterizadores da CSD constituem pontos fortes ou fragilidades para a SD internados no HFFAA-UHL?

PD2 – Quais as áreas que exigem ações a empreender para reduzir o risco e melhorar a SD internados no HFFAA-UHL?

PD3 – Como classificam os profissionais de saúde a segurança dos doentes internados na sua unidade/serviço?

No desenvolvimento do trabalho, basear-nos-emos num conjunto de conceitos, designadamente:





**Perceção:** Crenças, atitudes, avaliações e sentimentos dos profissionais de saúde acerca das situações de perigo e dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde.

**Profissionais de saúde:** Prestadores de cuidados diretos aos doentes internados no HFFAA-UHL, focando-nos nos Médicos e Enfermeiros militares e civis do QP/RC, licenciados em Medicina e Enfermagem, respetivamente.

**Elemento caraterizador da CSD:** Cada um dos elementos da cultura de segurança, a detalhar no primeiro capítulo.

**Cultura de segurança do doente:** Modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais, baseado em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido para minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação dos cuidados (OMS, 2007).

**Evento adverso:** Incidente que resulta em dano para o doente (OMS, 2009).

**Incidente de segurança do doente:** Evento ou circunstância causadora de danos desnecessários para o doente (OMS, 2009).

**Sistema de notificação de incidentes e EA:** Sistema de registo de incidentes e EA que permite definir ações a empreender para reduzir o risco.

**Segurança do doente:** Redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável (OMS, 2009).

**Erro clínico:** Ocorrência de um EA ou incidente relacionado com a prestação de cuidados de saúde.

No segundo capítulo apresentamos as dimensões e indicadores destes conceitos. As relações que estabelecemos entre si permitem-nos formular as seguintes hipóteses.

**H1 – Os profissionais de saúde do HFFAA-UHL notificam os eventos adversos e os incidentes de segurança dos doentes.**

**H2 – No HFFAA-UHL existe uma cultura de culpabilização<sup>5</sup> dos profissionais de saúde acerca do erro clínico.**

**H3 – As passagens de turno e transições para outros serviços revelam-se críticos para a SD internado no HFFAA-UHL.**

**H4 – Os profissionais de saúde do HFFAA-UHL consideram globalmente positiva a segurança dos doentes internados nos serviços.**

**H5 – Na perceção dos profissionais de saúde do HFFAA-UHL existem pontos fortes e fragilidades nos elementos que caraterizam a CSD internados.**

---

<sup>5</sup> Resposta ao erro punitiva.



O trabalho será desenvolvido segundo o método de investigação em ciências sociais proposto por Quivy e Campenhoudt<sup>6</sup>.

Este trabalho divide-se em três capítulos: no primeiro faremos o enquadramento teórico sobre qualidade e segurança; no segundo, iremos expor o desenho do estudo e os procedimentos seguidos; no terceiro e último, testaremos as hipóteses e analisaremos os resultados que respondem às derivadas e à pergunta de partida. Finalmente, apresentaremos as conclusões do trabalho, onde faremos recomendações às entidades com responsabilidade na realidade estudada.

---

<sup>6</sup> Metodologia científica seguida pelo IESM.



## **1. Qualidade dos cuidados e segurança do doente**

A SD internado é uma componente chave e uma dimensão incontornável na qualidade dos cuidados prestados nas instituições Hospitalares. A qualidade desses cuidados constitui uma constante preocupação nos profissionais de saúde. Fazer bem o correto é uma das melhores definições de qualidade dos cuidados (Aranaz, 2008, p. 127). Segundo este autor, os procedimentos, os diagnósticos, as terapêuticas e a reabilitação devem realizar-se de forma correta, mas sem esquecer que estas ações se devem basear no conhecimento científico e nas melhores práticas clínicas.

Quando os resultados são os desejados, aumenta a satisfação quer do doente quer do profissional de saúde, revelando-se um indicador de qualidade dos cuidados. Por outro lado, os erros ou EA constituem um indicador negativo de qualidade, na medida em que representam falhas na SD.

### **a. O erro clínico e as diferentes abordagens**

A situação do erro clínico tem sido classicamente ignorada, mas os erros são efectivamente uma certeza nas instituições Hospitalares. A ocorrência de acidentes ou erros pode ter a sua origem em múltiplas causas. Fragata e Martins (2004, p. 45) referem James Reason que estudou o erro humano e trouxe para a discussão duas abordagens sobre a questão da fiabilidade humana: a abordagem centralizada no indivíduo e a abordagem centrada no sistema. No indivíduo, o foco é a culpabilização de quem comete o erro. Neste caso, a interpretação do erro é fácil e rápida e a culpa já tem à partida um titular, tornando-se desnecessário investigar as causas do erro. Na abordagem sistémica, apesar de não se excluir a responsabilização individual, o foco são as condições em que os indivíduos trabalham, procurando conhecer as causas do erro, perseguindo assim um sistema seguro. Neste sentido, podemos afirmar que a abordagem sistémica promove a CSD.

Há organizações com grande fiabilidade, são exemplos a aeronáutica e a indústria nuclear, que lidam com erros a todos os níveis da organização e não procuram as falhas isoladas, sejam elas técnicas ou humanas; procuram sim, um sistema prático e robusto que se imponha perante os erros humanos e operacionais.

Com esta estratégia é possível identificar falhas latentes e corrigir mecanismos que levam ao erro, evitando também a sua repetição e danos severos aos doentes.

Esta ideia é facilmente compreensível à luz da teoria do “queijo suíço” de Reason, em que as falhas nas diferentes camadas do sistema podem conduzir a erros e a EA.

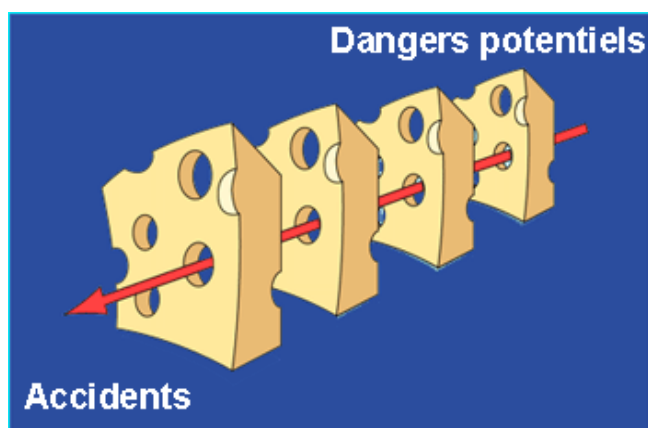


Figura 1 – Modelo do queijo suíço de James Reason (Adaptado de Touriellès, J. 2010).

Esta teoria defende que para a ocorrência de um EA ou dano no doente é necessário um alinhamento específico de diversos buracos. Por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes; etc. (Sousa, 2006, p. 311). Existe um carácter multicausal subjacente às falhas, sendo que quando ocorre um alinhamento de um certo conjunto de causas, os doentes podem sofrer danos.

Criar barreiras sucessivas constitui um passo seguro para a SD. Reason sublinha a importância fundamental nas defesas em profundidade, com a maior consciência das situações, compreensão, avisos, e alarmes para prevenir o fracasso e o alinhamento dos buracos nas camadas sucessivas (Fragata e Martins, 2004, p. 68).

A SD requer uma atuação preventiva das possíveis falhas do sistema, sendo hoje reconhecida como um pilar essencial da qualidade dos cuidados. Esta requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições Hospitalares e em particular dos seus profissionais que devem ter uma atitude proativa. Para tal, e citando Fragata (2006, p. 311), deverá existir uma política de gestão de erros, que passa pelo relato voluntário/compulsivo mas anónimo de erros, incidentes e “near misses”, de modo a que, sem culpabilização individual, venham a ser apreciados numa “ótica” de sistema.

Esta “ótica” procura o que esteve na origem das falhas que contribuíram para o incidente ou EA mais do que a culpabilização do profissional, de modo a existir *feedback* dos erros e que possam ser tomadas medidas corretivas, prevenindo situações futuras e construindo-se assim um sistema sólido e seguro.



## **b. Realidade internacional**

O despertar da temática da SD surgiu em novembro de 1999, com o relatório publicado pelo *Institute of Medicine* acerca do livro *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, e no qual se refere que os cuidados de saúde nos EUA não são tão seguros como se pretende (Kohn, 1999, p. 1). O mesmo autor refere ainda que, anualmente, entre 44.000 e 98.000 pessoas morrem em hospitais americanos como resultado de erros Médicos, sendo que cerca de 50% poderiam ser prevenidos. Do mesmo modo, o relatório inglês *An Organization with a Memory*, publicado em 2000, e citado pela DGS no PNS (2011, p. 71), veio “*expor publicamente, a dimensão deste problema e, desde então, inúmeros estudos, relatórios, reuniões e notícias têm colocado esta questão no foco do público e dos profissionais*”.

Vários estudos internacionais têm sido feitos nos cinco continentes. De acordo com Bruno (2010, p. 1), trabalhos realizados no início do século no Canadá, Austrália, Inglaterra, Dinamarca, Espanha e EUA, serviram de base a decisões políticas e particularmente a recomendações internacionais sobre SD, como as emanadas pela OMS em 2002. Esta Organização “*reconheceu a necessidade de tornar a segurança dos doentes como um princípio fundamental em todos os sistemas de saúde*” (DGS, PNS, 2011, p.71). O próprio Conselho da Europa (CE) reuniu em 2006, para discutir questões relacionadas com a prevenção de incidentes e EA resultantes dos cuidados de saúde. Das recomendações vindas desta reunião, segundo Bruno (2010, p.17), sublinham-se a necessidade de desenvolver uma CSD, avaliar níveis de segurança e implementar sistemas de notificação.

Também a Comissão Europeia em 2008, segundo Bruno (2010, pp. 17-18), elaborou um relatório dirigido ao CE, sobre SD. Através daquele documento, a União Europeia (UE), em 2009, emitiu recomendações aos estados membros para reforçar a necessidade de desenvolver políticas e programas nacionais para a SD; apoiar a criação de sistemas de notificação; promover a formação dos profissionais sobre SD; classificar a segurança a nível comunitário; partilhar conhecimentos de boas práticas; e desenvolver a investigação no domínio da SD.

## **c. Realidade nacional**

Em Portugal, as questões relacionadas com a SD têm assumido particular interesse quer a nível político como das organizações de saúde, nomeadamente instituições Hospitalares e em particular, nos profissionais prestadores de cuidados.



Um diagnóstico levado a cabo pela DGS em 2008 inquiriu 70 hospitais públicos, obtendo 60 respostas. Este estudo, concluiu que apenas 21 hospitais tinham um programa de gestão do risco clínico e SD, e 35 utilizavam um sistema de relato de incidentes clínicos (Bruno, 2010, p. 18).

A Escola Nacional de Saúde Pública apresentou os resultados de uma investigação pioneira em Portugal sobre EA em hospitais portugueses. Neste estudo sobre incidência, impacto e evitabilidade, destacam-se *“a taxa de incidência de EA de 11,1%, desses cerca de 53,2% foram considerados evitáveis; a maioria dos EA (60,3%) não causaram dano ou resultaram em dano mínimo; em 58% dos EA houve prolongamento do período de internamento, sendo apurado um valor médio de 10,7 dias”* (ENSP, 2011, p. 7).

Quanto a estudos relacionados com a CSD, foram apresentados recentemente os resultados provisórios de um estudo piloto da responsabilidade da DGS, coordenado pela Dr.<sup>a</sup> Margarida Eiras, responsável pela validação e implementação em Portugal do “Questionário Hospitalar sobre CSD”. Este questionário tem por base o original americano da AHRQ, que é atualmente aplicado em 33 países. A versão portuguesa constitui o instrumento de recolha de dados para este estudo.

Em julho de 2011, foi divulgado em Portugal um estudo sobre a CSD, percecionada por Enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Nesse estudo é referido que quatro dos 12 fatores avaliados da CSD se revelaram críticos/problemáticos (“dotação de pessoal, resposta punitiva ao erro, notificação e apoio da Gestão à SD”) e que apenas o “trabalho em equipa” se revelou “forte.” Apenas 46% dos Enfermeiros atribuiu o grau de “muito bom” ou “excelente” à SD no seu serviço (Fernandes, 2011, p. 37)

Atento às questões relacionadas com a qualidade e SD e dando continuidade a diretivas e às recomendações da OMS e da UE, o Ministério da Saúde introduziu em 2008 alterações<sup>7</sup> à sua Lei Orgânica<sup>8</sup>, atribuindo à DGS competências no domínio da qualidade no sistema de saúde.

Em 2009, a DGS foi reestruturada e foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde (DQS)<sup>9</sup>. Este departamento assume objetivos relatados no plano nacional para os próximos cinco anos, dando especial atenção à promoção da SD e à implementação de estratégias de gestão de risco. Os programas passam pela implementação do Observatório

---

<sup>7</sup> DL 234/2008 de 02 de dezembro.

<sup>8</sup> DL 212/2006 de 27 de outubro.

<sup>9</sup> Portaria 155/2009 de 10 de fevereiro.



de Segurança do Doente (OSD) e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e EA. Pretende-se que este sistema seja voluntário, confidencial e não punitivo e permita aprendizagem contínua sobre SD.

De acordo com o referido plano, a criação do OSD visa, essencialmente:

- analisar dados relativos à segurança da prestação dos cuidados de saúde aos doentes, definir a razão por que ocorrem e assegurar o desenvolvimento de medidas adequadas, assumindo um papel importante na difusão de boas práticas relacionadas com a SD;
- integrar, a nível nacional, a informação relacionada com vários programas a instituir até 2016: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e EA; Programa Nacional de Vigilância das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Campanha Nacional de Higiene das Mãos; Projeto Cirurgia Segura Salva Vidas.

O mesmo planeamento dá ênfase a objetivos e estratégias a dinamizar nos próximos cinco anos, dos quais destacamos:

- encarar a SD como uma componente da qualidade dos cuidados prestados, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança;
- monitorizar o risco com base na declaração de eventos ocorridos;
- desenvolver programas em áreas prioritárias definidas pela OMS (2004) como: a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde; estímulo à investigação; implementação de soluções para reduzir o risco; e a necessidade de reportar e aprender com os erros;
- estimular nas unidades de saúde uma mudança cultural, com um ambiente livre de culpa em que haja discussão aberta dos erros, numa cultura de notificação de eventos que desculpabilize os erros honestos, mas que puna os erros negligentes;

O mesmo plano, refere ainda a necessidade de existir nos serviços de saúde um sistema de indicadores de qualidade como condição essencial para a gestão do risco e promoção da SD.



#### **d. Realidade no Hospital da Força Aérea (HFA)/HFFAA-UHL**

As Administrações e Direções Clínicas do HFA têm dado resposta a diretivas da DGS e implementaram os seguintes departamentos:

- comissão de Higiene Hospitalar (CHH), no 3.º trimestre de 1989<sup>10</sup>, cujo objetivo é a prevenção Hospitalar de infeções nosocomiais. A partir de Janeiro de 1993, passou a denominar-se Comissão de Controlo de Infeção e Higiene Hospitalar (CCIIH)<sup>11</sup>. Esta comissão, conforme consignado no Despacho da DGS, publicado no Diário da República - II série, nº 246 de 23OUT96 e no MCPESFA 305-1 (B) Vol. II (ORGANIZAÇÃO DO HFA), constitui um Órgão de Apoio à Direção e relaciona a sua atividade com a SD e formação dos profissionais, para esta área específica. Em junho de 2008, a CCIIH foi reestruturada de acordo com o novo enquadramento legal<sup>12</sup> que aprovou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção (PNPCI), associada aos cuidados de saúde. A CCIIH integra uma equipa multidisciplinar constituída por Médicos, Enfermeiros, Dietista, Técnicos de Diagnóstico e Assistentes Operacionais;
- gabinete do Utente - atualmente inativo por falta de recursos humanos;
- projeto Cirurgia Segura Salva Vidas - implementado desde Outubro de 2010 no Bloco Operatório<sup>13</sup>, com o objetivo de minimizar o risco, as complicações cirúrgicas e potenciar a segurança e qualidade dos cuidados prestados no Hospital.

O HFA desenvolveu ações regulares, com processos de aquisição de bens e serviços (luvas, máscaras, camas com grades, apoios de mobilidade, aplicação de pisos antiderrapantes) e com atividades de formação a cargo da CCIIH direcionados a Assistentes Operacionais, Técnicos de Diagnóstico, Enfermeiros e Médicos.

A recente construção de novos e modernos blocos de internamento respeitou os requisitos relacionados com a segurança dos edifícios Hospitalares, como referido na entrevista ao Administrador do HFFAA-UHL.

---

<sup>10</sup> OS nº 057 do HFA de 22 MAR 89.

<sup>11</sup> OS nº 053 do ISFA de 18 MAR 04.

<sup>12</sup> Despacho do Ministério da Saúde, nº 14 178/2007, publicado no DR, 2ª Série – Nº 127 – 4 de julho.

<sup>13</sup> Circular normativa da DGS nº 16/DQS/DQCO de 22 de junho 2010.





#### **e. Cultura de segurança do doente**

Desenvolver a CSD é um dos caminhos que as recomendações internacionais e nacionais indicam. A SD, enquanto componente incontornável da qualidade dos cuidados prestados, requer ações e esforço contínuo de melhoria em áreas muito distintas por parte das instituições Hospitalares e reconhece a importância e necessidade de fomentar uma cultura de segurança dentro do próprio sistema prestador de cuidados.

A *National Patient Safety Agency* (UK) referida por Eiras no 35º Colóquio da Qualidade (2010), estabelece sete passos essenciais para melhorar a SD: construir uma cultura de segurança; liderar e apoiar os profissionais; gerir o risco de forma integrada; promover a notificação; envolver e comunicar com os doentes; aprender e partilhar lições de segurança; e implementar soluções para a prevenção de danos. De acordo com Sousa (2006, p. 314) seguir estes passos *“não implica que a ocorrência dos EA ou danos possam ser evitados, no entanto, fica assegurado que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possível e que, em situações onde algo possa correr mal, as ações corretivas serão tomadas num curto espaço de tempo e com base na melhor evidência e/ou conhecimento disponível”*.

A CSD de uma instituição Hospitalar é também definida pela DGS como o conjunto dos valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a gestão de segurança e de saúde da instituição. Refere também que as instituições com um nível elevado de cultura de segurança têm uma comunicação baseada na segurança, uma perceção comum sobre a sua importância e confiança na eficácia de medidas preventivas.

Desta forma, cada profissional e as instituições Hospitalares devem estar atentas às suas responsabilidades com a SD e empenharem-se para melhorar a qualidade dos cuidados. Esta responsabilidade é também um sinal e um reconhecimento que um potencial de situações constantes e ativas, como os erros, incidentes e EA podem acontecer, fruto do desempenho profissional. Se a cultura de uma organização tem consciência da segurança e os seus profissionais são estimulados a notificar, falar abertamente sobre os eventos, analisando-os e aprendendo com eles, a segurança e a qualidade dos cuidados melhora significativamente.

É importante reconhecer que nem sempre é possível alcançar resultados perfeitos. As lições aprendidas são parte importante e essencial de um programa contínuo com base na identificação e análise dos erros, para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados.



Os profissionais de saúde devem perceber e assumir que os erros são inevitáveis e resultam de uma cadeia de eventos. As instituições Hospitalares e os profissionais devem seguir as recomendações internacionais, tornando as falhas o centro da atenção.

Para responder a este desafio, procura criar-se, entre outros sistemas, o já abordado *sistema de notificação*. Neste, os profissionais de saúde reportam os incidentes de maneira anónima, criando uma base de dados atualizada, suscetível de ser retrospectivamente analisada e podendo servir de base a programas de melhoria da qualidade (Carneiro, 2010, p.5). Contudo, tradicionalmente a cultura das instituições Hospitalares tem sido caracterizada pela culpabilização centralizada na pessoa e não no erro, gerando uma cultura profissional muito mais de ocultação do que favorecedora de uma comunicação aberta e aprendizagem contínua com esses mesmos erros (Sousa, 2006, p.312). A consequência negativa é a subnotificação, face ao número de EA e incidentes que acontecem diariamente, devido à retração dos profissionais de saúde em reportar o erro, com receio que seja observado apenas como falha pessoal, desencadeando processos disciplinares.

Dentro deste sistema, impõe-se a fomentação de uma CSD, alicerçada em evidências científicas sobre a necessidade de notificar falhas, identificar o que funciona mal ou menos bem, intra/inter equipas de saúde/serviços.

Uma equipa segura é também uma equipa informada, sendo a sua principal vantagem estar prevenida para o que possa falhar e saber o que falhou. Para que isso seja facilitado, o enfoque deve ser o sistema e não o profissional de saúde; notificar não com sentimento de culpa, mas sim com o objetivo de aprender e de prevenir erros. A comunicação, o trabalho em equipa e a coesão do grupo multidisciplinar assumem também um espaço fundamental na CSD.

#### **f. Elementos caraterizadores da cultura de segurança do doente**

Os elementos caraterizadores da CSD que servem de base a este estudo são os definidos pela AHRQ – Hospital Survey on Patient Safety Culture (2004):

- Trabalho em equipa;
- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD;
- Aprendizagem organizacional – melhoria contínua;
- Comunicação e *feedback* acerca do erro;
- Abertura na comunicação;
- Dotação de profissionais de saúde;



- Resposta ao erro não punitiva;
- Apoio à SD pela Gestão/Administração do Hospital;
- Trabalho entre unidades/serviços;
- Transições/passagens de turno;
- Frequência da notificação.

Segundo a AHRQ, estes indicadores são os que melhor avaliam a SD (AHRQ, 2004 cit. por Carneiro, 2010, p.5)



## 2. Desenho do estudo

Neste estudo, para a recolha dos dados, o método utilizado foi o da observação indireta que, segundo Quivy (2005, p.162), se apoia na aplicação de instrumentos de observação. Para tal, recorremos a um inquérito validado em Portugal (anexo G) dirigido a todos os Enfermeiros e Médicos que prestam cuidados de saúde aos doentes internados no HFFAA-UHL, utilizando a ferramenta online de gestão de inquéritos disponível em Inqueo Survey <http://www.inqueo.com/survey/index.php?lang=pt&sid=56314&token7j84wv6w3yjcxdo>. Os inquéritos foram enviados e recebidos por email a partir desta ferramenta, que foi também utilizada no tratamento estatístico dos resultados.

Recorremos ainda a duas entrevistas ao Administrador do Hospital e ao responsável pelo Serviço de Informática (SI) do Hospital (anexos D e E).

Foram enviados 112 questionários, entre 16 de janeiro e dois de fevereiro de 2012. Na tabela seguinte apresentamos as 12 dimensões da CSD e os 42 indicadores a estudar nesta investigação.

Tabela 1 - Dimensões da CSD e indicadores em estudo.

DIMENSÕES
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Trabalho em equipa</li><li>2. Expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovem a SD</li><li>3. Apoio à SD pela Gestão</li><li>4. Aprendizagem organizacional – melhoria continua</li><li>5. Perceções gerais sobre a SD</li><li>6. Comunicação e feedback acerca do erro</li><li>7. Abertura na comunicação</li><li>8. Frequência da notificação</li><li>9. Trabalho entre unidade</li><li>10. Dotação de Profissionais</li><li>11. Transições</li><li>12. Resposta ao erro não punitiva</li></ol>
INDICADORES
<p>A1 - Neste Serviço/Unidade os profissionais entreadjudam - se</p> <p>A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido</p> <p>A3 - Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer</p> <p>A4 - Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam - se com respeito</p> <p>A5 - Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados</p> <p>A6 - Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente</p> <p>A7 - Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável</p>



<p>A8 - Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles</p> <p>A9 - Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas</p> <p>A10 - É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço / Unidade</p> <p>A11 - Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão - lhe apoio</p> <p>A12 - Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si</p> <p>A13 - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente</p> <p>A14 - Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa</p> <p>A15 - Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho</p> <p>A16 - Os profissionais preocupam - se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal</p> <p>A17 - Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente</p> <p>A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer</p>
<p>B1 - O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos</p> <p>B2 - O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente</p> <p>B3 - Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos</p> <p>B4 - O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente</p>
<p>C1 - É - nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos / ocorrências</p> <p>C2 - Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente</p> <p>C3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço / Unidade</p> <p>C4 - Os profissionais sentem - se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos</p> <p>C5 - Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer</p> <p>C6 - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo</p>
<p>D1 - Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?</p> <p>D2 - Quando ocorre um evento / ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?</p> <p>D3 - Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?</p>
<p>F1 - A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente</p> <p>F2 - Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros</p> <p>F3 - A informação dos doentes perde - se quando são transferidos de um Serviço / Unidade para outro</p> <p>F4 - Existe boa colaboração entre os Serviços / Unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente</p> <p>F5 - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno</p> <p>F6 - É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços / Unidades do Hospital</p> <p>F7 - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços / Unidades do Hospital</p> <p>F8 - As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades</p> <p>F9 - A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade</p> <p>F10 - Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente</p> <p>F11 - As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente</p>



Na tabela dois apresentamos a realação das 12 dimensões da CSD com os 42 indicadores.

**Tabela 2 – Relação das dimensões com os indicadores.**

<b>Dimensões</b> – definidas com base no documento da AHRQ – <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (AHRQ Publication No. 04-0041, September 2004)					
1	Trabalho em equipa	A1	A3	A4	A11
2	Expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovem a SD	B1	B2	B3R	B4R
3	Apoio à SD pela Gestão	F1	F8	F9R	
4	Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	A6	A9	A13	
5	Perceções gerais sobre a SD	A10R	A15	A17R	A18
6	Comunicação e feedback acerca do erro	C1	C3	C5	
7	Abertura na comunicação	C2	C4	C6R	
8	Frequência da notificação	D1	D2	D3	
9	Trabalho entre unidade	F2R	F4	F63	F10
10	Dotação de Profissionais	A2	A5R	A7R	A14R
11	Transições	F3R	F5R	F7R	F11R
12	Resposta ao erro não punitiva	A8R	A12R	A16R	

Dimensões ao nível do Serviço

Dimensões ao nível do Hospital

Variáveis de resultados (5 Avaliação Geral de Segurança; 8 Nº de Notificações)

R: Perguntas com respostas a reconverter.

O questionário é respondido numa escala de *likert* com cinco respostas: duas positivas (concordo e concordo fortemente), uma neutra (nem concordo nem discordo), e duas negativas (discordo fortemente e discordo). Há ainda a hipótese de não aplicável.

Na análise das frequências iniciais por item, mantêm-se as respostas originais. Na análise por dimensões, e porque o questionário contém questões formuladas na negativa e na positiva, inverte-se a escala de respostas das perguntas formuladas na negativa para facilitar a análise. As respostas ao questionário recodificam-se em três categorias de acordo com a figura seguinte:

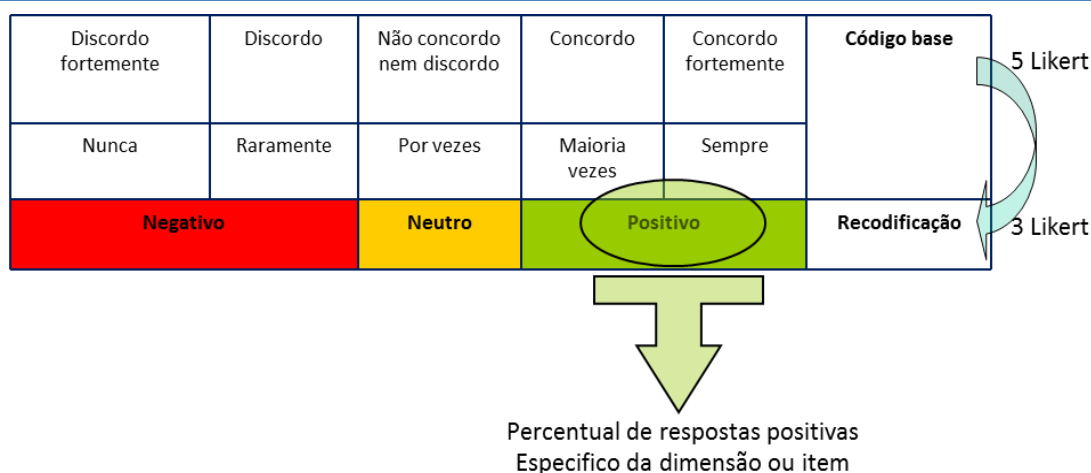


Figura 2 – Recodificação da escala e interpretação dos resultados (Fonte, Eiras 2010).

Para a análise da influência da CSD na segurança dos utentes do HFFAA-UHL, consideraram-se as respostas obtidas no questionário. A análise estatística das respostas permitiu agrupá-las de acordo com a escala de *likert* e identificar pontos fortes e críticos seguindo a metodologia proposta pelo Ministerio de Sanidad y Política Social (2009, p. 31):

- para a classificação de cada item ou dimensão como ponto forte (influência positiva na SD), consideram-se valores superiores ou iguais a 75% nas respostas positivas a perguntas formuladas na positiva. Quando as perguntas são formuladas na negativa, a escala é invertida e consideram-se valores superiores ou iguais a 75% nas respostas negativas;
- para a classificação como ponto fraco (influência negativa na SD), consideram-se valores inferiores ou iguais a 50% nas respostas negativas a perguntas formuladas na positiva. Para perguntas formuladas na negativa, a escala é novamente invertida.

A análise destes elementos realiza-se em todas as dimensões, para identificar as áreas que necessitam de estratégias a implementar para melhorar a SD.

#### a. População

A população é constituída pelos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde diretamente aos doentes internados no HFFAA-UHL, representada por 77 Enfermeiros e 35 Médicos (anexo A).



**b. Critério de exclusão**

Inquéritos incompletos nas respostas aos 42 indicadores. Para se respeitar o anonimato dos profissionais, os inquéritos incompletos nas perguntas sobre a caracterização, não são excluídos.

**c. Caracterização da população**

Foram distribuídos 112 questionários (totalidade da população) tendo sido recolhidos e validados para análise 101 inquéritos, 90% dos enviados (Enfermeiros, 98%; Médicos, 71% e três respostas sem identificação profissional). O grupo de informantes é constituído por 57 pessoas do sexo feminino, 41 do sexo masculino e três indivíduos que não se caracterizaram relativamente ao género.

Verificou-se uma forte adesão, com uma percentagem extremamente significativa de Enfermeiros (98%).

Relativamente à experiência no serviço, cerca de 50% dos inquiridos tem entre um e sete anos de experiência e mais de dois terços dos profissionais trabalha no HFFAA-UHL há mais de oito anos.

**Tabela 3 – Distribuição da amostra por sexo, idade, profissão, experiência no serviço e na instituição.**

Sexo		Experiência no serviço	
Feminino	57 (56,4%)	< 6 meses	9 (8,9%)
Masculino	41 (40,6%)	6 a 11 meses	4 (4,0%)
Sem resposta	3 (3%)	1 a 2 anos	26 (25,7%)
Idade		3 a 7 anos	24 (23,8%)
< 30 anos	8 (7,9%)	8 a 12 anos	15 (14,9%)
30 a 34 anos	21 (20,8%)	13 a 20 anos	8 (7,9%)
35 a 39 anos	19 (18,8%)	21 ou mais anos	10 (9,9%)
40 a 44 anos	19 (18,8%)	Sem resposta	5 (4,9%)
45 ou mais anos	29 (28,7%)	Experiência na instituição	
Sem resposta	5 (5,0%)	< 6 meses	0
Profissão		6 a 11 meses	2 (2,0%)
Enfermeiro Militar	42 (42,4%)	1 a 2 anos	13 (12,9%)
Enfermeiro Civil	31 (31,3%)	3 a 7 anos	13 (12,9%)
Médico Militar	17 (17,2%)	8 a 12 anos	28 (27,7%)
Médico Civil	8 (8,1%)	13 a 20 anos	24 (23,8%)
Sem resposta	1 (1,0%)	21 ou mais anos	18 (17,8%)
		Sem resposta	3 (2,9%)





Em relação à distribuição dos inquiridos pelos serviços/unidades e como podemos verificar na figura três, o Serviço de Cirurgia é o mais representativo com 26%, seguido da Pneumologia, Medicina e Bloco Operatório com 18, 16 e 14%, respetivamente.

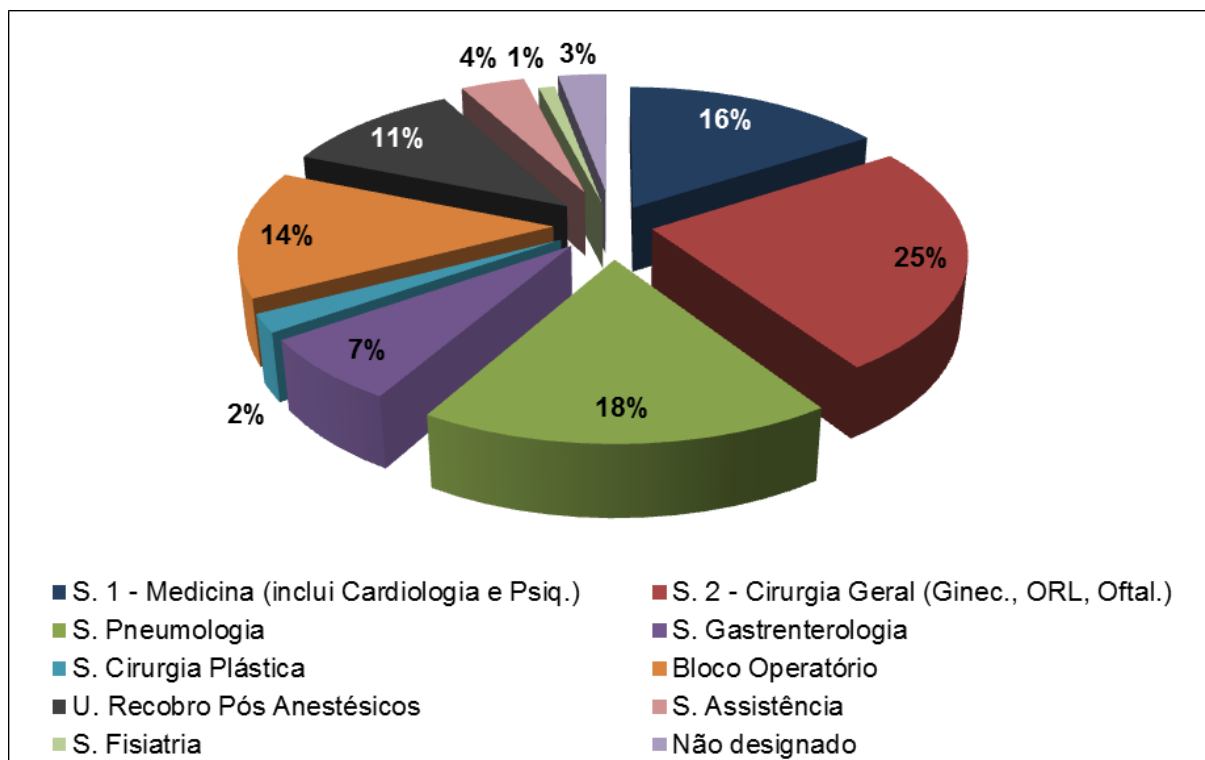


Figura 3 – Gráfico representativo da distribuição da população pelos serviços/unidades.

### 3. Análise de resultados

Na análise dos elementos caracterizadores da CSD, a notificação dos EA/incidentes é nuclear e determinante para a melhoria da SD, não só por estarem associados a outros elementos do estudo (aprendizagem organizacional – melhoria contínua; abertura na comunicação; comunicação e *feedback* acerca do erro), mas também pela importância significativa referida na bibliografia e recomendações internacionais (OMS) e nacionais (DGS). A notificação permite uma análise do erro, focando a atenção neste. Deste modo, é possível perceber o que correu mal e aprender com esses mesmos erros, permitindo definir ações de prevenção/correção e melhoria contínua.

#### a. Notificação

Para saber se os profissionais de saúde notificam com regularidade, formulamos a seguinte questão: quantos relatórios de eventos/ocorrências notificou nos últimos 12 meses?

Como podemos verificar na figura 4, no último ano a grande maioria (94%) dos profissionais do HFFAA-UHL não fez qualquer notificação ou apenas o fez uma ou duas vezes.

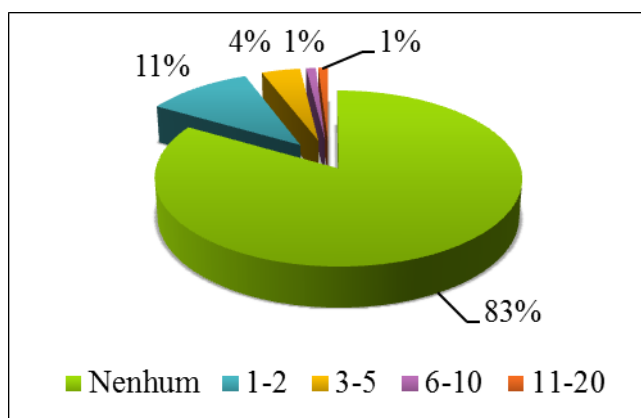


Figura 4 – Resposta à pergunta: Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências notificou?

Perguntámos ainda em que circunstância é feita a notificação, tendo obtido as respostas que se apresentam na tabela seguinte:



Tabela 4 – Avaliação da frequência da notificação nos diferentes indicadores.

Indicador	% Respostas positivas
<i>Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?</i>	44,6%
<i>Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?</i>	43,6%
<i>Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?</i>	53,5%
<b>Média da dimensão</b>	<b>47%</b>

Daqui se pode depreender que, em média, só 47% notificou eventos/ocorrências no serviço onde trabalha de acordo com o tipo/*timing* dos mesmos.

Estes valores estão em linha com estudos piloto internacionais que evidenciam a frequência da notificação dos EA e incidentes, como elemento crítico da CSD (tabela cinco).

Os profissionais que notificaram eventos/ocorrências recorreram ao processo clínico, criando bloqueios na comunicação com o órgão que os analisa, e no resultado final desejado que se pretende com esse reporte. Esse órgão não existe no HFFAA-UHL, segundo a entrevista ao Administrador do Hospital “*é uma lacuna grave a não existência de um gabinete de gestão de risco ou órgão da qualidade e segurança dos doentes.*” (anexo D). No comentário pedido aos profissionais sobre SD, a grande maioria afirma “*não existe sistema de notificação*”, ou desconhece a sua existência no HFFAA-UHL (anexo C).

Em conformidade com os resultados obtidos, a H1 “*os profissionais de saúde do HFFAA- UHL notificam eventos/ocorrências*” **não é comprovada**, apesar de haver uma percentagem que o faz (no processo clínico). Face aos resultados, consideramos este elemento crítico<sup>14</sup> na CSD, no HFFAA-UHL e requer que se empreendam ações para melhorar esta área da SD.

<sup>14</sup> Valor inferior a 50% de respostas positivas.

## b. Cultura de culpabilização

De acordo com a literatura consultada e recomendações das organizações de saúde, na ocorrência de erros/falhas, o foco destes não deve ser colocado no profissional (exceto em casos de negligência), mas sim no erro/falha em si. Deste modo uma análise extensiva pode ser efetuada, com o objetivo de implementar novas práticas.

Resulta da análise aos três indicadores que formulamos, que apenas um quarto da população (27%) reconhece que a resposta ao erro não é punitiva. Assim, somente 32% dos inquiridos não sente que os seus erros são utilizados contra eles (A8R); relativamente ao segundo indicador, apenas 31% dos profissionais discordam que quando um evento/ocorrência é notificado, são eles o alvo da atenção e não a situação que pôs em causa a SD (A12R). Finalmente, só 19% dos inquiridos não manifestaram a preocupação dos seus erros serem registados no seu processo individual (A16R).

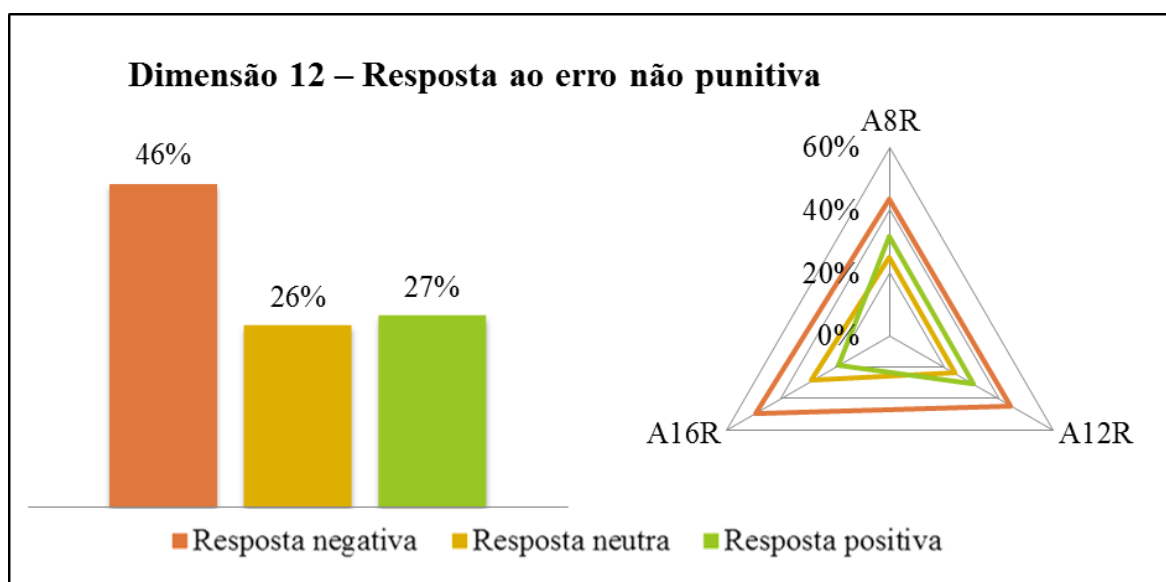


Figura 5 – Avaliação da resposta ao erro não punitiva. Os valores apresentados no gráfico de barras correspondem ao valor médio. O gráfico de radar avalia as respostas por indicador.

Também nas respostas obtidas à pergunta aberta do questionário que se relaciona com a SD, há opiniões no sentido de que “o objetivo não é culpar o profissional de saúde que cometeu o erro, mas sim tentar corrigi-lo para evitar erros futuros, deve ser promovida a desculpabilização do profissional e isso ainda não ocorre”, “por vezes os eventos são falados de forma a criticar e avaliar um Enfermeiro e não como forma de os corrigir” (anexo C).



Este elemento aparece reforçado pelo Administrador do HFFAA-UHL, quando refere que: *“sinto que o foco é o profissional, existe de facto ainda uma cultura de culpabilização. O órgão de gestão de risco terá um papel pedagógico (...) tornar o erro o foco e não o profissional”*.

Em comparação com estudos piloto efetuados nos últimos anos (tabela 5), no HFFAA-UHL, a cultura de culpabilização é mais evidente.

De acordo com os resultados e comentários obtidos relacionados com este elemento podemos afirmar que a *“H2 – No HFFAA-UHL existe uma cultura de culpabilização dos profissionais acerca do erro,”* **é comprovada**. Face aos resultados estatísticos, é considerado o elemento mais crítico da CSD no HFFAA-UHL, requerendo ações formativas para mudar este paradigma e melhorar esta área da SD. A abordagem sistémica referida no enquadramento teórico torna o erro o foco da atenção e não o profissional.

### **c. Passagem de turno/transições**

A passagem de turno/transições é uma prática utilizada pelos profissionais de saúde, no final de cada turno ou na transferência de doentes, com o propósito de assegurar a continuidade dos cuidados.

Para avaliar se esta dimensão é um ponto frágil na SD, foram formulados quatro indicadores:

Cerca de 48% dos profissionais de saúde reconhece que informação relacionada com os doentes não é perdida quando estes são transferidos de um serviço para outro (F3R). Este indicador revela-se negativo. 55% dos inquiridos defendem que não é frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente durante as mudanças de turno (F5R), enquanto que 50% dos profissionais de saúde não concordam que ocorrem problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital (F7R) e 68% dos profissionais afirma que as mudanças de turno no HFFAA-UHL não são problema para a SD (F11R).

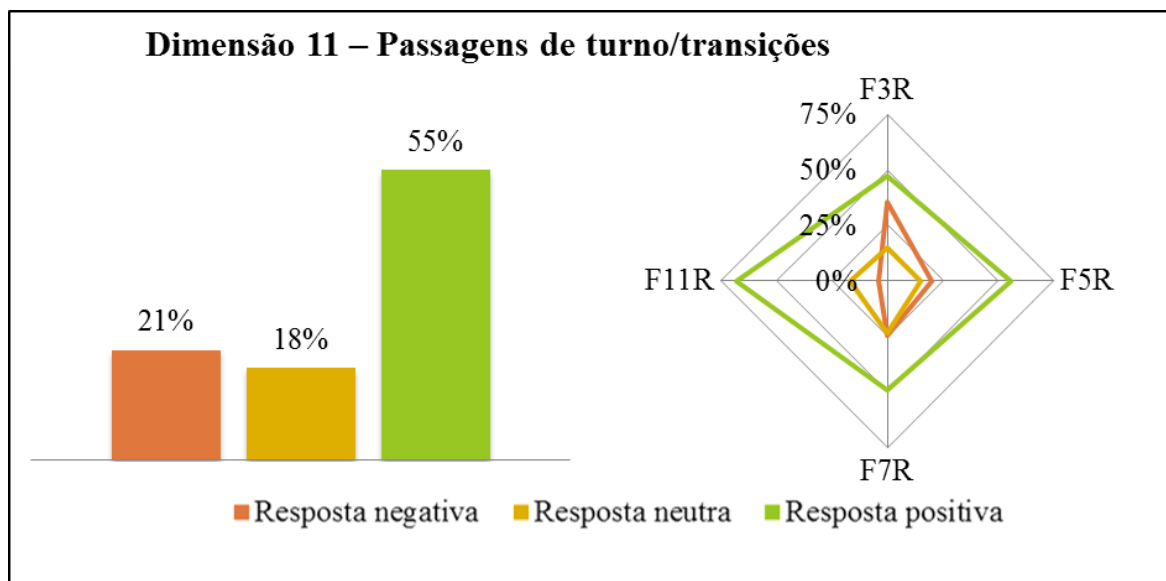


Figura 6 – Avaliação das passagens de turno/transições.

Relativamente aos comentários observados no questionário surgem duas opiniões relacionadas com este elemento: “notei por várias vezes que informação clínica relevante foi perdida em passagens de turno”, “passagem de informação dos doentes com os serviços que mais nos relacionamos (nomeadamente bloco operatório e UCPA) têm sido postas em causa”.

Globalmente os dados estatísticos indicam que em média 55% dos profissionais concordam não existir insegurança em relação às passagens de turno e transições dos doentes para outros serviços, reconhecendo que este elemento não é uma fragilidade da SD. Contudo, não sendo uma área crítica este elemento da caracterização da CSD requer também a implementação de medidas para melhoria contínua na procura da excelência dos cuidados a prestar aos doentes.

Ao comparar com outros estudos (tabela 5) estes valores estão 10% acima dos verificados nos EUA (2004) e sobrepõem-se aos verificados em Espanha (2008).

Pelas razões expostas a “H3 – As passagens de turno/transições para outros serviços revelam-se frágeis para a SD no HFFAA-UHL, **é rejeitada.**

#### d. Perceções gerais sobre segurança do doente

Relativamente à avaliação das perceções gerais dos profissionais de saúde sobre SD no seu serviço, utilizamos quatro indicadores:

Assim, cerca de 61% dos profissionais admite que não é apenas por sorte que erros mais graves ocorrem neste Serviço/Unidade (A10R), enquanto que 66,3% da população



concorda que nunca se sacrifica a SD por haver mais trabalho (A15). Relativamente ao indicador – Neste Serviço/Unidade temos problemas com a SD, 53,5% discorda dessa opinião (A17R), enquanto que apenas 47,5% dos profissionais reconhece que os procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer (A18), sendo este indicador considerado negativo.

Globalmente, esta dimensão apresenta em média valores positivos (57%) relativamente às perceções gerais sobre a SD.

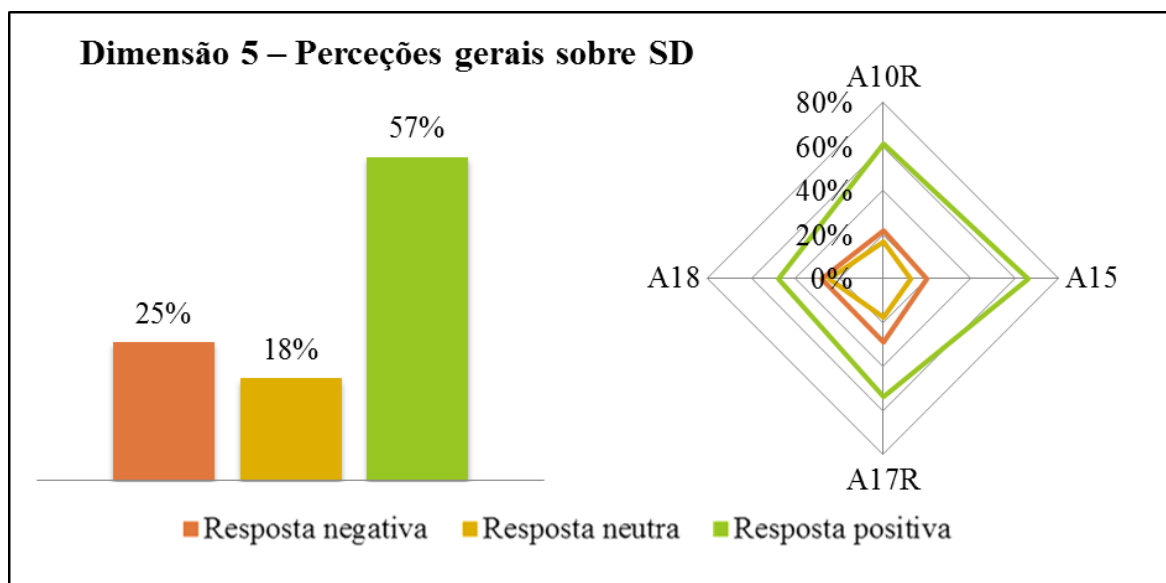


Figura 7 – Avaliação das perceções gerais dos profissionais sobre SD no seu serviço.

Com o objetivo de complementar a aferição desta dimensão, foi solicitado aos profissionais de saúde para atribuírem ao seu serviço/unidade de trabalho do HFFAA-UHL, um grau sobre a SD.

Os resultados indicam que 59% dos inquiridos atribui ao seu serviço um grau de muito bom ou excelente relativamente à SD. O grau aceitável é reconhecido por 30% dos profissionais, enquanto só 11% consideram negativo o nível de SD.

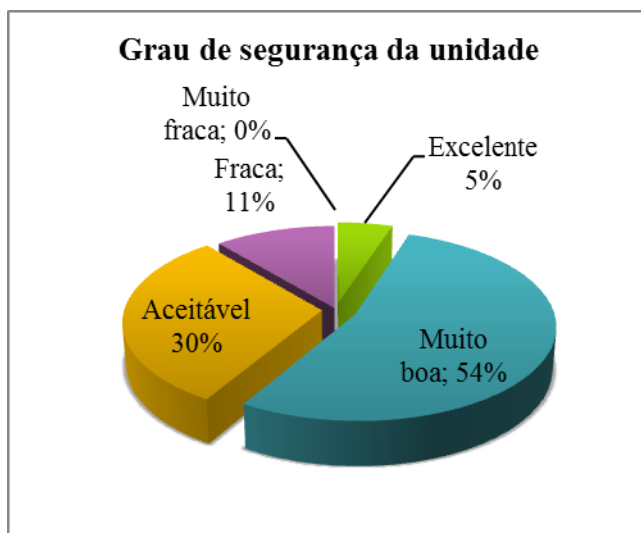


Figura 8 – Grau de segurança atribuído pelos profissionais de saúde ao seu serviço/unidade.

Face aos dados estatísticos respeitantes aos indicadores avaliados podemos constatar que a “H4- Os profissionais de saúde do HFFAA-UHL consideram globalmente positiva a SD internados nos seus serviços” **é comprovada.**

Assim, a resposta à PD3, “como classificam os profissionais de saúde a SD na sua unidade/serviço? 89% dos profissionais do HFFAA-UHL consideram positiva a SD internados no seu serviço Hospitalar.

#### **e. Pontos fortes e fragilidades dos elementos da CSD**

Relativamente à avaliação dos 12 elementos em estudo, os valores estatísticos apurados indicam que o “*trabalho em equipa*” é o único ponto forte<sup>15</sup> da CSD no HFFAA-UHL, apresentando valores de sete pontos percentuais acima dos 75% de respostas positivas. Com 92 % dos profissionais a afirmarem que no seu serviço existe entreajuda (A1); 85% concordam que as pessoas se tratam com respeito (A4); e 84% afirmam que quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalham juntos como equipa para o conseguir (A3).

<sup>15</sup> Respostas positivas superiores ou iguais a 75%.



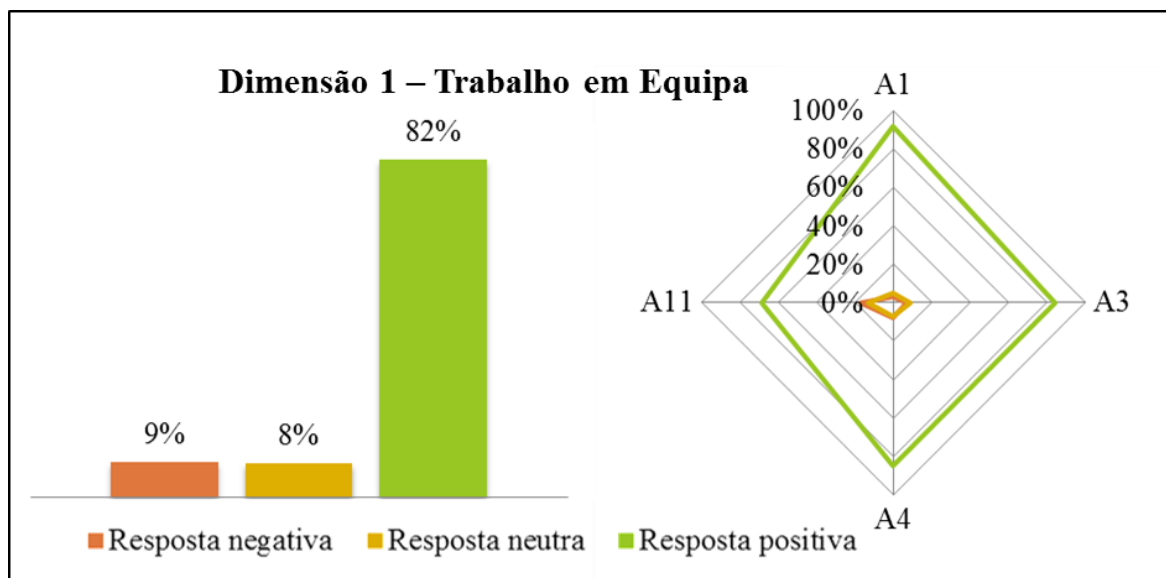


Figura 9 – Avaliação do trabalho em equipa.

Embora este seja o único elemento acima dos 75%, nos 42 indicadores estudados, dois revelaram-se fortes, um relacionado com as expectativas do Supervisor/Gestor que se destaca positivamente, com 79% da população a afirmar que o seu superior hierárquico dá atenção aos problemas relacionados com SD (B4R), e o outro com a abertura na comunicação, no qual 78% dos profissionais admitem que falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados ao doente (C2) (anexo B).

Identificámos três elementos da CSD que apresentam fragilidades: frequência da notificação (H1); culpabilização dos profissionais acerca do erro (H2); e o apoio dado à segurança pela Gestão/Administração do Hospital, com apenas 34% de respostas positivas. Relativamente à avaliação dos indicadores desta dimensão, só 43% dos profissionais concorda que a Direção do Hospital proporciona um ambiente que promove a SD (F1), enquanto que somente 29% admite que a segurança é uma prioridade daquele órgão (F8), e apenas 32% confirma que a Direção/Administração só se interessa pela SD quando acontece alguma adversidade (F9R).

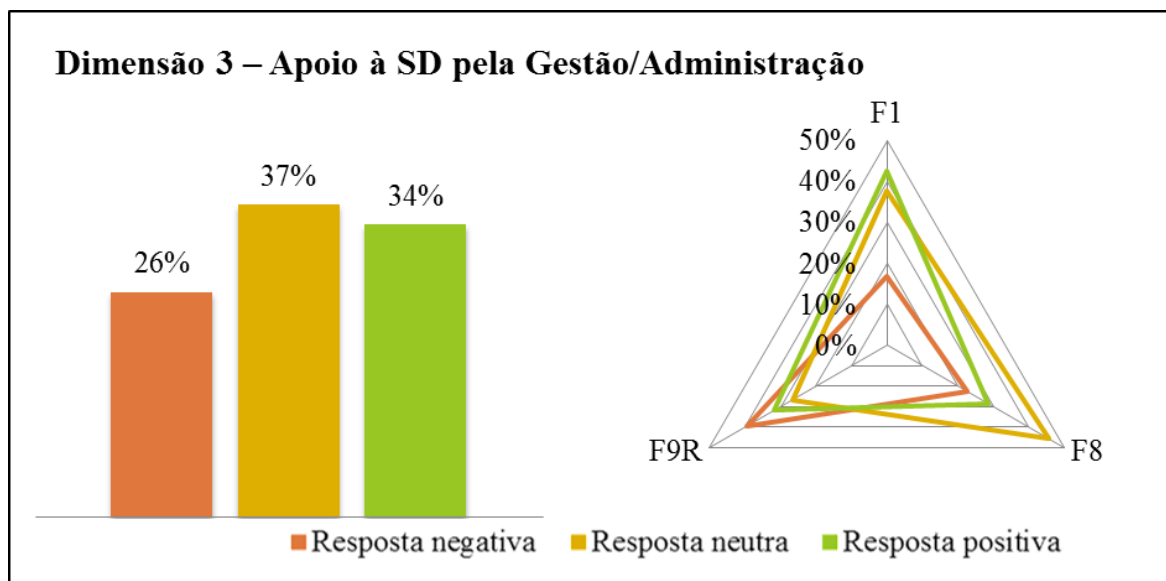


Figura 10 – Perceção dos profissionais de saúde sobre o apoio à SD pela Gestão/Administração.

Ainda relativamente aos indicadores estudados, quatro revelaram-se também críticos: para além do referido na H4 (apenas 47,5% dos profissionais reconhece que os procedimentos e sistemas existentes no HFFAA-UHL são eficazes na prevenção dos erros), só 37% declara que lhes é fornecida informação acerca das mudanças em função dos relatórios/ocorrências dos erros que acontecem (C1) (anexo B); apenas 35% da população reconhece existir boa coordenação entre os serviços (F2R); e, finalmente, como referido na H3, 48% não concorda que informação relacionada com os doentes se perde quando são transferidos de serviço/unidade.

Estas conclusões respondem à PD1: de que forma esses elementos, constituem pontos fortes ou fragilidades para a SD internados no HFFAA-UHL?

De acordo com os resultados a “H5 – Na percepção dos profissionais de saúde do HFFAA-UHL existem pontos fortes e fragilidades nos elementos que caracterizam a CSD internados” **é comprovada.**

A tabela seguinte apresenta os dados recolhidos no HFFAA-UHL e compara-os com outros estudos piloto.



Tabela 5 – Análise dos resultados e comparação com outros estudos piloto sobre CSD (Fonte, Eiras 2011),

Dimensões – definidas com base no documento da AHRQ – <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (AHRQ Publication No. 04-0041, September 2004)		Resultados (% de positivos)			
		USA (2004)	ES (2008)	PT (2011)	HFFAA-UHL
1	Trabalho em equipa	74	72	73	82
2	Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD	71	62	62	70
3	Apoio à SD pela gestão	60	25	48	34
4	Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	71	54	68	65
5	Perceções gerais sobre a SD	56	48	59	57
6	Comunicação e feedback acerca do erro	52	44	54	59
7	Abertura na comunicação	61	48	52	67
8	Frequência da notificação	52	47	44	47
9	Trabalho entre unidades	53	42	51	55
10	Dotação de profissionais	50	28	47	59
11	Passagens de turno/transições	45	54	59	55
12	Resposta ao erro não punitiva	43	53	41	27

Os dados estatísticos indicam três elementos que se afiguram frágeis, requerendo ações e estratégias imediatas para melhorar a segurança (vermelho). Existem ainda oito elementos intermédios (amarelo), que requerem também ações de melhoria contínua, dos quais destacamos a aprendizagem organizacional – melhoria contínua que apesar de ser um elemento positivo (65%), afigura-se insuficiente, pois não é conduzida nem programada com base na análise das falhas que ocorrem no Hospital devido à subnotificação. Identificáramos assim as áreas que necessitam ações a empreender para reduzir o risco e respondemos à PD2.



Para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados, tendo por base as áreas que se apresentam críticas, sugerimos implementar as seguintes estratégias e ações corretivas de forma imediata:

- 1 – Implementar um órgão de gestão de risco clínico/qualidade e SD;
- 2 – Implementar um sistema de notificação de incidentes/EA;
- 3 – Promover e divulgar o sistema de notificação e desenvolver ações formativas para mudar este modelo (foco no erro e não no profissional).

Em síntese e dando resposta à questão central, ***“Na percepção dos profissionais de saúde, em que medida os elementos que caracterizam a cultura de segurança do doente influenciam a segurança dos utentes internados no HFFAA-UHL?”***, podemos responder que a segurança dos utentes internados no HFFAA-UHL é influenciada pelos elementos da CSD da seguinte forma (figura 11):

A resposta punitiva ao erro, a falta de apoio por parte da Gestão/Administração Hospitalar com uma atitude reativa e não pró-ativa devido à ausência de um departamento de gestão de risco clínico, e a subnotificação dos EA/incidentes pelos profissionais de saúde (inexistência de documento apropriado), revelam-se como os elementos mais críticos e com maior influência negativa na segurança dos utentes internados.

As áreas que se constituem como intermédias<sup>16</sup>, requerendo também ações e estratégias de intervenção no sentido de atingir níveis de excelência de segurança são (influência negativa para positiva): trabalho entre unidades/serviços; transições/passagens de turno; percepções gerais sobre a SD; comunicação e *feedback* acerca do erro; dotação de profissionais de saúde; aprendizagem organizacional – melhoria contínua; abertura na comunicação; e expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD.

Como elemento forte e de influência positiva na SD, o estudo indica apenas o trabalho em equipa desenvolvido no HFFAA-UHL, e ainda dois indicadores relacionados com a comunicação e apoio da gestão dos serviços à SD. Aquele elemento e estes indicadores poderão constituir um “capital” extremamente importante a ser explorado de modo a implementar medidas para melhorar a CSD.

---

<sup>16</sup> Respostas positivas superiores a 50% e inferiores a 75%

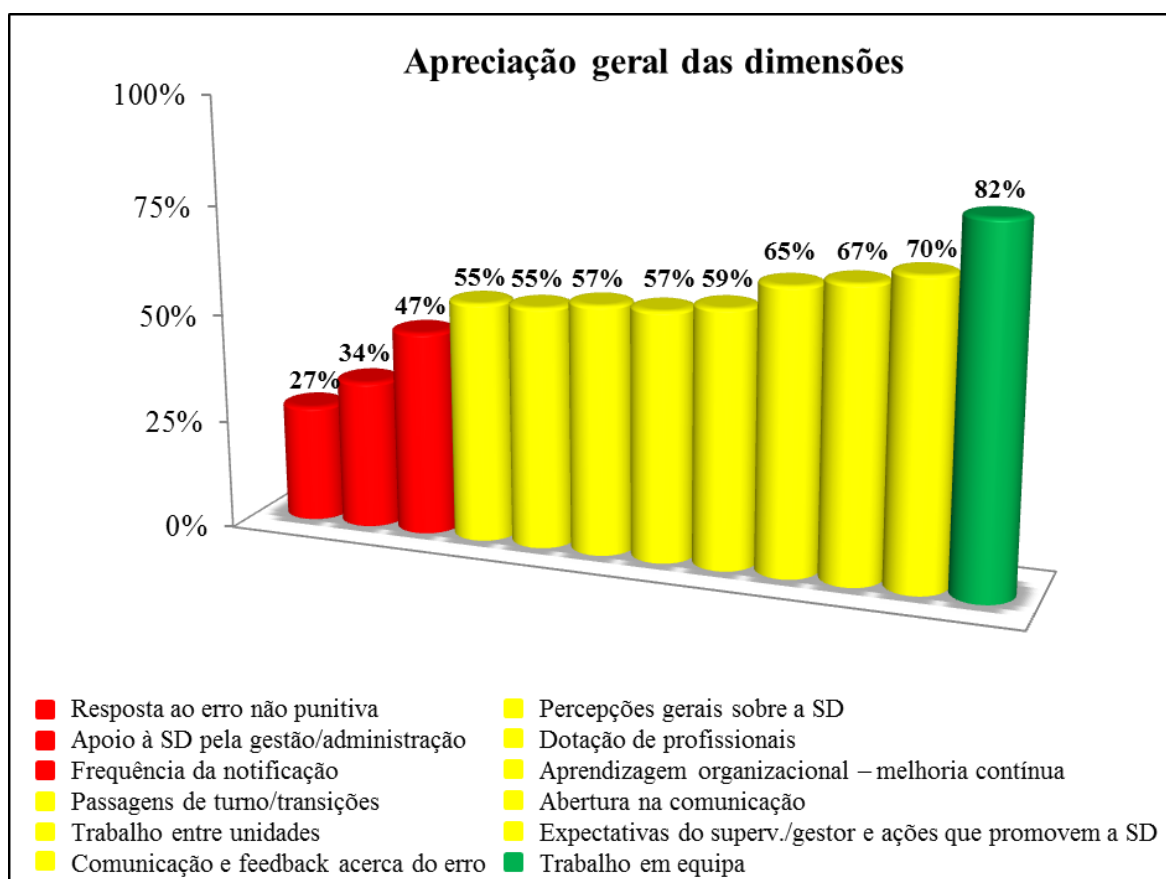


Figura 11 – Avaliação dos elementos da CSD percecionada pelos profissionais de saúde do HFFAA-UHL. Vermelho: elementos críticos; verde: elementos fortes; e amarelo: elementos intermédios.

## f. Resultados complementares

Complementarmente o nosso estudo trouxe-nos informações adicionais que vão para além do âmbito da pergunta de partida. Estas informações têm origem nos comentários levados a cabo pelos informantes na pergunta aberta e nos comentários recolhidos nas entrevistas ao Administrador e ao responsável pelo SI do HFFAA-UHL

Dos 101 inquéritos validados, 38% continham comentários acerca da SD no Hospital, dos quais destacamos (anexo C):

O isolamento dos doentes, o controlo de infeção Hospitalar e a entrada no serviço de pessoas estranhas fora das horas da visita, sendo observado como problemático para a SD. Neste âmbito, a CCIHH tem um papel preponderante no reforço da formação dos profissionais e na definição e atualização de normas e protocolos a instituir nos serviços de forma a melhorar esta área da SD;

A falta de monitorização do risco de queda dos utentes internados é encarada como problemática para a SD. Avaliar o risco é decisivo para prevenir as quedas dos doentes



confusos e com maior dificuldade na mobilização. Para melhorar esta área existem escalas validadas para avaliação do risco de quedas. Neste sentido, propomos que seja implementada no HFFAA-UHL uma escala de avaliação de risco,<sup>17</sup> para que possam ser identificados os doentes com maior probabilidade e tomar medidas preventivas;

O critério da segurança foi prioritário na aquisição das camas Hospitalares, como referiu o Administrador do Hospital. Contudo são mencionadas como problemáticas para a SD, pois apresentam uma falha ente as grades. Neste sentido é necessário atender à especificidade de cada utente;

O SI é indicado por 18.4% dos inquiridos como problemático para a SD. Neste setor são apontadas dificuldades na articulação do “sistema Glint” e a plataforma implementada no Bloco Operatório e Unidade de Recobro. Na entrevista ao responsável pelo SI, este reforça a ideia que existe ainda algum desconhecimento e relutância na utilização das soluções informáticas que suportam o trabalho diário no Hospital. (anexo E). A análise desta área indica-nos que existe alguma desinformação por parte dos utilizadores e alguma falha de comunicação entre os serviços clínicos e de informática. Assim, recomenda-se uma comunicação eficaz entre as partes e o reforço na formação dos utilizadores.

Os profissionais de saúde do HFFAA-UHL relataram ainda aspetos expostos na seguinte tabela, dos quais destacamos a falta de um protocolo a seguir no Serviço de Urgência para situações de grande emergência.

---

<sup>17</sup> Escala de Morse – Instituída na maioria dos hospitais portugueses onde existe Gestão de risco.



**Tabela 6 – Comentários sobre SD.**

<b>Comentários sobre segurança dos profissionais de saúde:</b>
<i>A imobilização/contenção de doentes que apresentam episódio(s) de confusão agitação psicomotora, sob risco de comprometerem a sua segurança (ex. risco de queda e agressão), deveriam surgir, expressas como prescrição clínica, à semelhança de outras indicações clínicas terapêuticas não farmacológicas, em cardex, de forma a salvaguardar e dar cumprimento ao legislado...</i>
<i>Urge a criação dum serviço de cirurgia ambulatória, de modo a que exista um circuito intra hospitalar, uma vez que a casuística deste tipo de cirurgia tem vindo a aumentar exponencialmente.</i>
<i>Horário dos serviços farmacêuticos é desadequado com a realidade de alterações realizadas pelos médicos após as 16h.</i>
<i>Circuito do medicamento problemático.</i>
<i>Muitos dos nossos doentes são independentes e deambulam, por vezes devido à sua doença ficam confusos e desorientados: o fácil acesso ao hall do piso 0 através do elevador no meio do corredor do serviço; as 4 portas que se abrem naturalmente sem resistência e que mesmo trancadas exteriormente se abrem facilmente do interior para o exterior são criadores de situações de risco.</i>
<i>Devido ao aumento do fluxo de doentes os auxiliares e enfermeiros são insuficientes no Serviço de Plástica.</i>
<i>Falta de um protocolo a seguir em situações de grande emergência (doentes c/ E.A.M. e/ou paragem cardio respiratória) o Assistência é denominado como Triagem, mas na realidade é um S. de Urgência, esta indefinição causa por vezes dificuldades na resposta adequada a algumas situações que necessitam de apoio de outras especialidades, perdendo-se tempo precioso no contacto telefónico, tentando encontrar os colegas da especialidade. Sugiro que haja uma escala das diversas especialidades que em tempo útil possa dar resposta, no sentido de minimizar o tempo de espera e poder evitar por em causa a segurança dos doentes.</i>

Na entrevista ao Administrador do Hospital é referido como preocupação para a SD “as transferências de doentes críticos para outras unidades Hospitalares” (anexo D). Para dar resposta a este problema foi solicitado pela administração do HFFAA-UHL ao chefe do Serviço de Anestesia um plano de ação que contemple os meios e os recursos ajustados às necessidades inerentes às transferências inter-Hospitalares de doentes críticos. Esse plano será ativado logo que seja entregue e aprovado pela Direção do Hospital.



## Conclusões

A SD, no exercício dos cuidados de saúde modernos, vem constituindo uma forte preocupação quer para as organizações de saúde, que têm lançado várias recomendações nesse sentido, quer para os profissionais de saúde que prestam cuidados aos doentes internados nos hospitais.

Estudos científicos reconhecem que cerca de 10% dos doentes internados em hospitais sofrem incidentes e EA durante o internamento, resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Neste sentido, o tema deste trabalho centrou-se na “Gestão do Risco Clínico e Segurança dos Doentes internados no HFFAA-UHL” e cujo objetivo geral é contribuir para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes internados no HFFAA-UHL.

Assim, no primeiro capítulo, efetuámos uma abordagem teórica sobre qualidade dos cuidados e SD. Estas condições quando são asseguradas aumentam a satisfação quer do doente, quer do próprio profissional, anunciando um indicador de qualidade dos cuidados. Por outro lado, os erros e os EA que decorrem da má prática constituem um indicador negativo de qualidade na medida em que são uma ameaça para a SD. Os erros e as falhas podem ter origem multi-causal. Reason, estudou o erro humano e trouxe para a discussão duas abordagens, uma centrada na pessoa e outra no sistema. A abordagem sistémica procura conhecer a causa do erro para que possa ser prevenido.

Ainda neste capítulo, focámos aspetos gerais da CSD e os elementos que a caracterizam nesta investigação. Entre estes, a notificação dos incidentes e EA assume extrema importância para a SD, não só por estar associado a outros elementos do estudo (aprendizagem organizacional-melhoria contínua; abertura na comunicação; comunicação e *feedback* acerca do erro), mas também pela importância significativa que lhe é atribuída nas recomendações internacionais e nacionais. A notificação é crucial, pois permite a análise do erro, focando a atenção neste, sendo possível perceber o que correu mal e aprender com esses mesmos erros.

No segundo capítulo, apresentámos o desenho do estudo que procurou responder à seguinte questão central: *“Na perceção dos profissionais de saúde, em que medida os elementos que caracterizam a cultura de segurança do doente influenciam a segurança dos utentes internados no HFFAA-UHL?”*

Desta pergunta derivaram outras três:





- De que forma esses elementos, constituem pontos fortes ou fragilidades para a SD internados no HFFAA-UHL?
- Quais as áreas que exigem ações a empreender para reduzir o risco e melhorar a SD internados no HFFAA-UHL?
- Como classificam os profissionais de saúde a SD internado na sua unidade/serviço?

Para responder às perguntas formuladas recorremos a um inquérito que avaliou 12 dimensões e 42 indicadores da CSD da AHRQ, validado em Portugal. O estudo focou-se na população dos profissionais de saúde do HFFAA-UHL que prestam cuidados de saúde diretamente aos doentes internados e procurou responder às perguntas formuladas anteriormente. No final do inquérito, foi concedida a possibilidade de os profissionais de saúde apresentarem comentários acerca da SD no HFFAA-UHL.

Após o tratamento dos dados, foram entrevistados o Administrador do Hospital e o responsável pelo SI no sentido de estes poderem reagir aos comentários relacionados com as suas áreas de responsabilidade.

Relativamente à taxa de participação no estudo, verificou-se uma forte adesão dos profissionais de saúde do HFFAA-UHL com cerca de 90% a responderem ao questionário, oferecendo enorme fiabilidade à investigação. Dos 101 inquéritos validados, 38% continham comentários acerca da SD no Hospital. Os Enfermeiros que prestam cuidados aos doentes internados diretamente tiveram uma taxa de participação próxima dos 100%.

No terceiro e último capítulo, verificámos as hipóteses, apresentámos a análise dos resultados e respondemos à pergunta central. Constatámos que a CSD, percecionada pelos profissionais de saúde, apresenta-se crítica para a segurança dos utentes internados no HFFAA-UHL, visto que identificámos apenas um elemento forte: *“o trabalho em equipa”*, com 82% de respostas positivas. Dos 42 indicadores avaliados, existem dois que se destacam positivamente, relacionados com a atenção dada pela Gestão dos serviços aos problemas relacionados com a SD e o outro com a abertura na comunicação sobre mudanças a efetuar para melhorar a SD. Estes valores positivos (o trabalho em equipa e os dois indicadores) apresentam um potencial a explorar para implementar medidas corretivas e ações que melhorem a SD.

Identificámos três elementos da CSD com maior fragilidade e sobretudo com maior influência negativa para a SD:



- a “*resposta punitiva ao erro*” é considerada como o elemento mais negativo da CSD neste estudo, sendo este modelo punitivo e da ocultação dos erros reconhecido por cerca de três quartos dos profissionais de saúde do HFFAA-UHL. Os inquiridos têm a convicção de que quando notificam, a atenção é focada neles e não no erro, para que possa ser prevenido. Afigura-se-nos que romper com este paradigma é prioritário;
- o “*apoio à SD por parte da Gestão/Administração*” é percecionado de forma positiva por apenas 34% dos profissionais da saúde, observam que este órgão demonstra uma atitude proativa perante situações de insegurança relacionada com os doentes. Esta posição é reconhecida pela Administração, que não tem um departamento responsável pela gestão de risco clínico que a coadjuve e desenvolva um papel proativo dirigido à segurança dos utentes internados. A implementação de um Gabinete de Gestão de Risco Clínico/Comissão de Qualidade e Segurança do Doente é primordial para melhorar a SD no HFFAA-UHL de forma coordenada e integrada;
- a fraca “*notificação dos EA/incidentes*” e a inexistência no HFFAA-UHL de uma ferramenta apropriada para o efeito é uma realidade, com 83% dos profissionais de saúde a afirmarem que não notificaram qualquer EA/incidente no último ano, sendo este o terceiro elemento com maior fragilidade. Para além destes elementos, importa realçar que quatro indicadores são passíveis de melhorias imediatas. Estes relacionam-se com a falta de um sistema para prevenir erros; a insuficiente coordenação entre os serviços; a falta de informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de EA/incidentes; e na perda de informação acerca dos doentes quando são transferidos para outros serviços.

Os elementos que apresentam valores positivos, com influência intermédia na SD, requerendo também ações e estratégias de intervenção no sentido de atingir níveis de excelência de segurança e qualidade dos cuidados, são (valores positivos no sentido crescente):

- “*trabalho entre unidades/serviços*”; e “*transições/passagens de turno*”, ambos com 55% da população a afirmar que não são problemáticos para a segurança dos utentes;



- “comunicação e *feedback* acerca do erro”; e “*dotação de profissionais de saúde*”, ambos com 59% dos profissionais a considerar que apesar de não notificarem, comunicam acerca dos erros e reconhecem que os recursos humanos são adequados às necessidades;
- a “*aprendizagem organizacional – melhoria contínua*” é percecionada como positiva por 65% dos inquiridos. No entanto, apresenta algumas limitações, devido à fraca notificação, o que se reflete em ações não ponderadas a partir de uma análise sistemática das falhas dos profissionais;
- a “*abertura na comunicação*”; e “*expetativas do supervisor/gestor com ações que promovem a SD*” com 67% e 70% de respostas positivas, respetivamente, apresentam-se próximos do limiar de serem considerados pontos fortes, constituindo assim excelentes meios de ação para melhorar a segurança dos utentes internados no HFFAA-UHL.

A classificação atribuída pelos profissionais de saúde à SD no HFFAA-UHL é maioritariamente (59%) “muito boa” ou “excelente”. Só 11% dos inquiridos a considerou negativa.

Complementarmente esta investigação trouxe-nos informações que foram para além do âmbito da pergunta central.

Assim o SI é indicado por cerca de 19% dos profissionais de saúde como problemático para a SD, com deficiências ao nível da articulação entre os dois sistemas implementados no Hospital. O responsável pelo SI, tem a conceção que existe algum desconhecimento e resistência na utilização das soluções informáticas que suportam o trabalho diário no Hospital. A formação afigura-se como um passo determinante.

A queda dos utentes internados é encarada como problemática para a SD. Neste sentido torna-se indispensável monitorizar e avaliar o risco de queda.

Os profissionais destacam ainda: deficiências no isolamento dos doentes; a entrada constante de pessoas estranhas nos serviços; e a falta de um protocolo a seguir em situações de emergência no Serviço de Assistência como ameaça à SD.

O Administrador do Hospital refere como preocupação para a SD, as transferências de doentes críticos para outras unidades Hospitalares. Para colmatar este problema, a administração do HFFAA-UHL aguarda a entrega pelo responsável do Serviço de Anestesia de um plano de ação para fazer face às transferências inter-Hospitalares de doentes críticos. Esse plano será ativado logo que seja disponibilizado e aprovado pela Direção do Hospital.



Em suma, esta investigação pelo assunto que abordou, concorre para divulgar e alertar os profissionais de saúde para uma nova política de SD no HFFAA-UHL. Oferece também um importante contributo no reforço da cultura de segurança dos doentes internados, criando novas dinâmicas em torno dos erros clínicos e na melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados no HFFAA-UHL. Serve ainda de ponto de partida para futuras investigações.

Face ao trabalho desenvolvido e à análise dos resultados, numa perspetiva da melhoria da gestão do risco clínico e da segurança dos doentes internados, recomendamos à DS as seguintes ações:

1. Criar um departamento de gestão de risco clínico/qualidade e segurança do doente;
2. Desenvolver um sistema de notificação, em documento próprio e informatizado (proposta, apenso b);
3. Promover e divulgar a notificação dos EA e incidentes para que possam ser a base da aprendizagem e conduzam a melhorias;
4. Programar, com o Núcleo de Formação do Hospital, ações de formação contínua sobre SD nos seguintes domínios:
  - dinamizar ações para mudar o modelo da cultura de culpabilização e ocultação do erro;
  - desenvolver a CSD, particularmente nas áreas que se revelaram críticas e intermédias para a SD;
  - promover ações formativas relacionadas com a infeção Hospitalar e isolamento de doentes;
  - programar com o Serviço de Informática ações de formação e atualização sobre os programas informáticos instituídos no Hospital e melhorar a comunicação entre este serviço e a equipas de saúde;
5. Implementar e promover a utilização da Escala de Morse para avaliar e monitorizar o risco de queda dos doentes internados (apenso a);
6. Criar um protocolo de atuação para situações de emergência no Serviço de Assistência;
7. Implementar o protocolo de atuação e transporte, na transferência de doentes críticos para o exterior;
8. Integrar, a nível nacional, a informação relacionada com SD.



## **Bibliografia:**

Aranaz, J, et al., 2008. Gestión Sanitaria Calidad Y Seguridad de los Pacientes. Fundación Mafre.

Bolic, D, 2000. Segurança e Controle de Infecção. Rio de Janeiro: ReiChman & Affonso.

Bruno, P, 2010. Registo De Incidentes E Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação Em Portugal. Coimbra: Wolter Kluwer Portugal - Coimbra Editora.

Carneiro, A. 2010. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidencia científica. Revista Portuguesa de Saúde Pública pp. 9.

Circular Normativa da DGS n.º 16 de 22 Jun. 2010.

Cordeiro, L, 2012. Sistema Informático do HFFAA-UHL. Entrevistado online por António Correia. Lisboa, 7 Mar. 2012.

Decreto Lei 212/2006 de 27 Out.

Decreto Lei 234/2008 de 02 Dez.

Diário da República 2ª série - n.º 127 de 4 Jul.

Direção Geral de Saúde, 2011. Plano Nacional de Saúde. pp.67-79.

Direção Geral de Saúde, 2011. Relatório Técnico – Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

Eiras, M, 2010. Qualidade: Mar de Oportunidades. Ponta Delgada: 35º Colóquio da Qualidade. Disponível em: [http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2010/12/1\\_Avaliacao-da-Cultura-de-Seguranca-do-Hospital\\_Margarida-Eiras.pdf](http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2010/12/1_Avaliacao-da-Cultura-de-Seguranca-do-Hospital_Margarida-Eiras.pdf), [Consult. 6 Jan. 2012]

Eiras, M, et al., 2011. Resultados Estudo Piloto de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses. Lisboa: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses. Disponível em <http://backoffice.masterlink.pt/dgsaude2011/upload/membro.id/ficheiros/i016639.pdf>, [Consult. 8 Fev. 2012]



ESTSL, 2012. Acção de Formação: International Conference on Health Technology Assessment and Quality Management - Notificação: Um passo para a segurança. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 3 e 4 Fev. 2012.

Fernandes, A; Queirós, P, 2011. Cultura de Segurança do Doente percecionada por Enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de Enfermagem Referencia. III Série nº 4 pp. 37- 48 .

Fidalgo, J, 2007. Gestão do Risco nas Instituições Hospitalares. Revista Hospitais de Portugal. nº4.

Fragata, J, 2006. Risco Clínico Complexidades E Performances. Coimbra: Almedina.

Fragata, J; Martins, L, 2004. O Erro em Medicina. Coimbra: Almedina.

IESM.NEP N°218 de 15 Set. 2011.

Kohn, L, Corrigan, J, Donaldson, M, 1999. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press.

Lage, MJ, 2010. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista portuguesa de saúde pública pp. 11-16. Volume temático (10). Lisboa: ENSP.

Ministerio de Sanidade y Politica Social, 2009. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español.

Ordem de Serviço n.º 053 do ISFA de 18 Mar. 2004.

Ordem de Serviço n.º 057 do HFA de 22 Mar. 1989.

Ordem dos Enfermeiros, 2001. Enunciados Descritivos.

Ordem dos Enfermeiros, 2005. Segurança do Doente. Ordem dos Enfermeiros nº 17, pp. 1-64.

Organização Mundial de Saúde, 2009. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Traduzido do inglês pela DGS.

Portaria 155/2009 de 10 Fev.



Quivy, R, Campenhoudt, LV, 2005. Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4ª ed. Lisboa: Gradiva.

Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010. Volume temático (10). Lisboa: ENSP.

Sousa, P, 2006. Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Ata Médica Portuguesa. 19 p. 309-318. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>, [Consult. 12 Jan. 2012]

Tourrielles, J, 2010. Modelo do Queijo Suíço de James Reason. [Imagem eletrónica] Disponível em: <http://www.hardhitech.com/pt/documentation/le-modele-de-reason-ou-le-principe-du-gruyere/> [Consult. 25 abr. 2012]

Vieira, J, 2012. Administração do HFFAA-UHL. Entrevistado por António Correia. Lisboa, 24 Fev. 2012.



## Glossário

- (1) **Saúde:** É um estado de completo bem estar físico, psicológico e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade. (OMS, 2009)
- (2) **Doente/Utente:** Indivíduo que recebe os cuidados de saúde. (OMS, 2009)
- (3) **Cuidados de saúde:** Serviços recebidos por indivíduos ou comunidades, para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde. (OMS, 2009)
- (4) **Médico:** Militares e civis do QP ou contratados, licenciados em Medicina que prestam cuidados aos doentes internados no HFFAA-UHL,
- (5) **Enfermeiro:** Militares e civis do QP ou contratados, licenciados em Enfermagem que prestam cuidados aos doentes internados no HFFAA-UHL,
- (6) **Atitudes e comportamentos favoráveis:** Conjunto de reações observáveis na forma de proceder dos profissionais de saúde, e que tragam benefícios para a segurança do doente.
- (7) **Atitudes e comportamentos desfavoráveis:** Conjunto de reações observáveis na forma de proceder dos profissionais de saúde, e que tragam prejuízos para a segurança do doente.
- (8) **Qualidade:** O grau que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (OMS, 2009).
- (9) **Segurança:** Redução do risco de **dano** desnecessário a um mínimo aceitável (OMS, 2009).
- (10) **Segurança do Doente:** É a redução do risco de **danos** desnecessários relacionados com os **cuidados de saúde** para um mínimo aceitável (OMS, 2009).
- (11) **Incidente de Segurança do Doente:** É um **evento** ou **circunstância** que poderia resultar ou resultou, em **danos** desnecessários para o **doente** (OMS, 2009).
- (12) **Evento:** É algo que acontece a ou afeta um **doente** (OMS, 2009).
- (13) **Evento adverso:** Um **incidente** que resulta em **dano** para o doente (OMS, 2009).
- (14) **Quase evento (near miss):** um **Incidente** que não alcançou o doente (OMS, 2009).
- (15) **Evento sem dano:** Um **incidente** em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis (OMS, 2009).
- (16) **Risco:** É a probabilidade de ocorrência de um incidente (OMS, 2009).
- (17) **Perigo:** É uma circunstância, agente ou ação com potencial para provocar dano (OMS, 2009).





- (18) **Circunstancia:** É uma situação ou fator que pode influenciar um **evento**, **agente** ou pessoa (OMS, 2009).
- (19) **Agente:** É uma substancia, objeto ou sistema que atua para produzir uma alteração (OMS, 2009).
- (20) **Erro:** A falha de uma ação planeada de acordo com o desejado ou no desenvolvimento incorreto de um plano (OMS, 2009).
- (21) **Infração:** Um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra (OMS, 2009).
- (22) **Ocorrência comunicável:** É uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (OMS, 2009).
- (23) **Dano:** Prejuízo na estrutura ou função (OMS, 2009).
- (24) **Gestão:** Ato de gerir.
- (25) **Deteção:** Uma ação ou **circunstâncias** que resulta na identificação de um **incidente**. (OMS, 2009).
- (26) **Fatores atenuantes do dano:** Uma ação ou **circunstância** que previne ou modera a progressão de um **incidente** que causará dano a um **doente** (OMS, 2009).
- (27) **Ação de melhoria:** Uma ação empreendida ou **circunstância** que resulta na identificação de um **incidente** (OMS, 2009).
- (28) **Ações empreendidas para reduzir o risco:** Ações para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de **dano**, associado a um **incidente** (OMS, 2009).
- (29) **Sistema de Notificação de incidentes e eventos adversos:** é um sistema que permite registar **incidentes** e **eventos adversos**, e define **ações a empreender para reduzir o risco**.

**Anexo A - Serviços/Unidades de prestação de cuidados no HFFAA-UHL****Tabela 7 – Apresentação dos Serviços/População do HFFAA-UHL.**

Serviço/Unidade da prestação de cuidados	Enfermeiro	Médico
Serv 1 Medicina (inclui Cardiologia e Psiquiatria)	12	5
Serv 2 Cirurgia (inclui ORL Oftalmologia e Ginecologia)	16	7
.Serv. Pneumologia	18	5
Serv. Assistência	3	2
Serv Gastro	5	4
Serv. Cirurgia Plástica	2	4
Unidade Pós anestésicos (Recobro)	11	
Serv Fisiatra		3
Bloco Operatório	10	5
<b>Sub-Totais</b>	<b>77</b>	<b>35</b>
<b>Total</b>	<b>112</b>	

Nota: No estudo os Médicos associam-se ao serviço onde passam mais tempo com os doentes internados.

## Anexo B - Análise dos (restantes) elementos que caracterizam da CSD

Para analisar a Dimensão 4 – Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, construímos três indicadores: com 71% dos inquiridos a afirmar que estão a trabalhar ativamente para uma melhoria da SD; 56% dos profissionais concordam que os erros no seu serviço conduzem a mudanças positivas; enquanto que 67% refere que avaliam a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a SD.

Na análise global, embora os 65% de respostas positivas não considere este elemento crítico ou forte, entendemos que a aprendizagem organizacional – melhoria contínua se manifesta insuficiente por que não tem por base os erros e as falhas que ocorrem, nos serviços devido à fraca notificação.

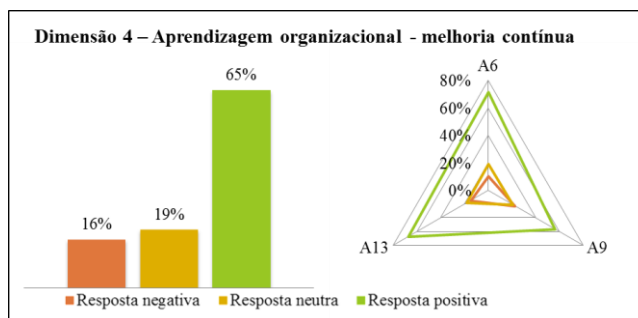


Figura 12 – Avaliação da aprendizagem organizacional – melhoria contínua.

Na análise da Dimensão 2 – Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD, foram constituídos quatro indicadores: Cerca de 63% dos inquiridos afirma que o seu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos; 74 % da população refere que o seu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a SD; relativamente à situação, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos, 61% dos profissionais não concorda com esta afirmação enquanto que 79% considera que o seu superior hierárquico dá atenção aos problemas relacionados com a AD.

Globalmente esta dimensão/papel da chefia é positiva pois apresenta em termos médios 70% de respostas positivas, afigurando-se como um elemento importante a explorar nas dinâmicas a implementar sobre SD no HFFAA-UHL.

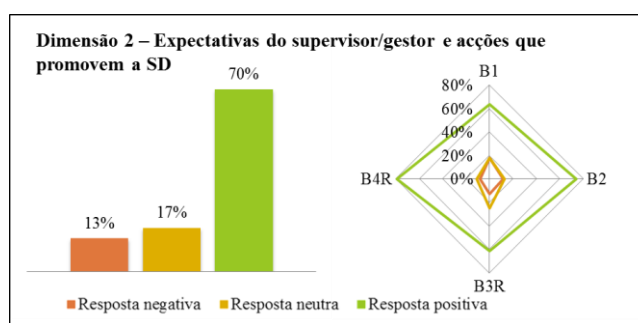


Figura 13 – Avaliação das expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD.

Para avaliar a Dimensão 6 – Comunicação e *feedback* acerca do erro, enunciámos três indicadores: Quando os profissionais são questionados se lhes é fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios sobre os EA/incidentes apenas 37% respondem de forma positiva; 70% afirma que são informados acerca dos erros que acontecem no serviço, e ainda 69% refere que no seu serviço discutem sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer.

Assim, em termos médios 59% dos inquiridos é de acordo que existe comunicação e *feedback* acerca do erro, existindo aqui na nossa análise alguma incongruência quando verificamos que no HFFAA-UHL existe uma marcada cultura de ocultação e culpabilização.

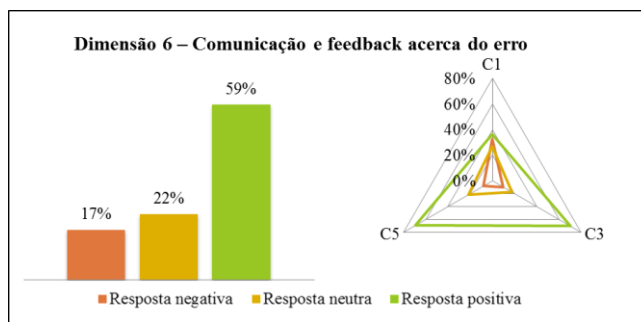


Figura 14 – Avaliação da comunicação e *feedback* acerca do erro.

No que se refere à abertura na comunicação os resultados mostram que em termos globais é um elemento da CSD positivo com 67% da população refere que existe no HFFAA-UHL, para aferir esta dimensão construímos três indicadores: nos quais 78% dos profissionais refere que falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente; 52% referem que se sentem à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos; e 69% dos profissionais referem não têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.

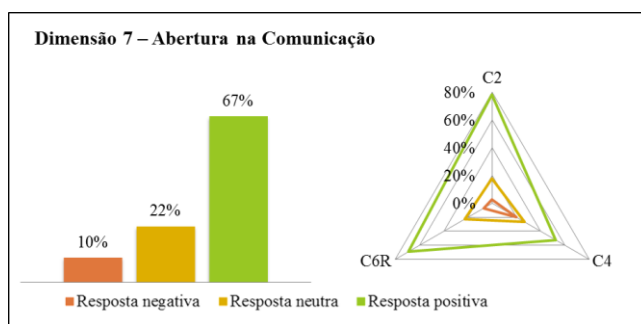


Figura 15 – Avaliação da abertura na comunicação.

Relativamente à Dimensão 9 – Trabalho entre unidades, este elemento revelou-se positivo com o nº médio de respostas positivas a rondar os 55%.

Os quatro indicadores avaliados indicam que: só 35% dos profissionais reconhecem que os serviços se coordenam bem uns com os outros, 58% concordam que existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente; 74% dos inquiridos referem que não é desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços; e finalmente 55% afirmam que os serviços do Hospital funcionam bem em conjunto.

O trabalho entre unidade embora positivo requer ações imediatas para melhorar a SD ao nível da coordenação entre os serviços.

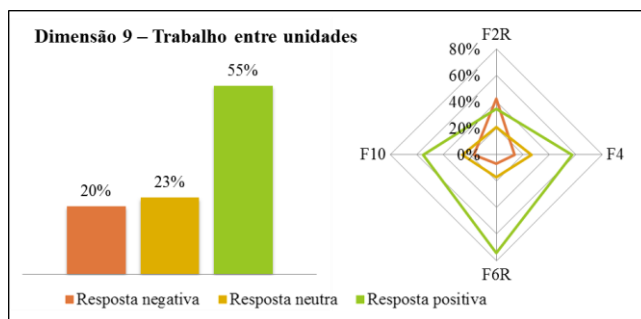


Figura 16 – Avaliação do trabalho entre unidades.

Finalmente, para avaliar a Dimensão 10 – Dotação de profissionais, construímos quatro indicadores: 65% dos inquiridos consideram existir meios humanos para corresponderem ao trabalho que é exigido; relativamente ao nº de horas 52% reconhece que não trabalham mais horas por turno do que seria desejável; 60% afirma que não dispõem de mais profissionais temporários do que seria desejável; e 58% dos inquiridos



refere que não trabalham em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa. Globalmente 59% dos profissionais considera que os recursos humanos são adequados às necessidades dos doentes e não põem em causa a sua segurança.

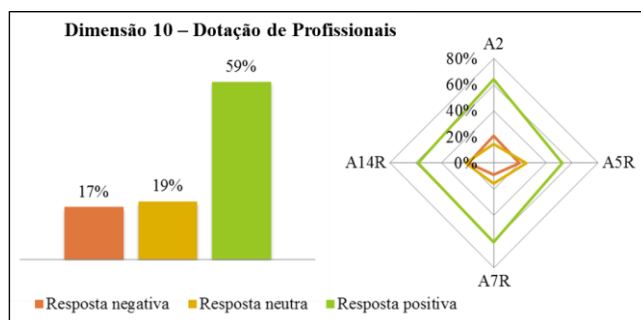


Figura 17 – Avaliação da dotação de Profissionais.

**Anexo C - Quadro resumo da “pergunta aberta” dos profissionais do HFFAA-UHL sobre SD (Informação complementar).****Tabela 8 – Informação complementar sobre segurança do doente.**

<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>
<p><b>Formação sobre segurança do doente...</b> aos diferentes profissionais desta instituição”“...aos Médicos militares de serviço ao Hospital no que diz respeito a situações de urgência/emergência, através de Cursos de Suporte avançado de vida”..na área da segurança do doente”.</p> <p><b>SI:</b> “sistemas informáticos diferentes nos diversos serviços, impedindo a consulta do processo do doente por todos os profissionais, em qualquer parte do Hospital, exemplo concreto é o facto dos profissionais do bloco, recobro e consulta não consultarem toda a informação informática do doente internado em enfermaria, antes de atuarem. - a recusa por parte de alguns Médicos em utilizar o SI em prescrições farmacológicas e não farmacológicas”.</p> <p>“o suporte informático problemático.”“O SI uniformizado e corrigir os erros que têm sido detetados” “temos constantemente de: reportar erros informáticos que nos impossibilitam a devida administração terapêutica e registo de notas de enfermagem; contactar o Médico para que efetue a prescrição terapêutica e registe notas do doente”Melhorar o SI.</p> <p><b>Normas de Isolamento e controlo de infeção:</b>”...um doente infetado no serviço com uma bactéria multirresistente e ser dada ordem médica a esse doente de circular pelo serviço e ausentar-se do Hospital.”“...cuidados de isolamento paupérrimos /ridículos /inexistentes perante agente infeccioso detetado; serviço de passagem habitual para militares e civis não ligados à saúde a caminho das suas secções e serviços; controlo de militares, civis e visitas e seu respetivo surgimento, passagem e permanência no serviço muito deficiente na execução /aplicação de protocolos no que respeita ao isolamento dos doentes infetados, assim como à desinfeção da unidade após a alta do respetivo doente.”“Controle de Infeção sem normas de orientação clínica de boas pratica”;“preocupação relativa a prevenção e controlo de infeção...”“ o doente está infetado e não cumpre isolamento e a entidade médica responsável apesar de ter conhecimento da situação nada faz, pondo a segurança de outros doentes e dos profissionais em risco.”</p> <p><b>Quedas dos doentes</b> falta de monitorização do risco de queda e implementar as respetivas medidas preventivas,”quedas problema de segurança”“quedas dos doentes com frequência”</p> <p><b>Camas Hospitalares:</b> apresentam uma falha entre as duas grades pela qual muitos doente conseguem sair, cair, ou magoar-se nos membros inferiores.”“grande espaço entre as grades”“As grades inseguras”</p> <p><b>Imobiliz/contenção de doentes com agitação psicomotora:</b></p> <p>A imobilização/contenção de doentes que apresentam episódio (s) de confusão agitação psicomotora, sob risco de comprometerem a sua segurança e a dos profissionais cuidadores(ex.risco de queda e agressão) ,deveriam surgir sempre, expressas como indicação/prescrição clínica, à semelhança de outras indicações clínicas terapêuticas não farmacológicas, em cardex/ processo clínico do doente, de forma a salvaguardar e dar cumprimento ao legislado...”</p> <p><b>Outros:</b> “A transferência da unidade de recobro deveria ser mais ponderada.”“urge a criação dum serviço de cirurgia ambulatória, de modo a que exista um circuito intra Hospitalar, uma vez que a casuística deste tipo de cirurgia tem vindo a aumentar exponencialmente”. “Horário dos serviços farmacêuticos é desadequado com a realidade de alterações realizadas pelos Médicos após as 16h”“circuito do medicamento problemático”. “Muitos dos nossos doentes por vezes são independentes e deambulam por vezes são motivados pela sua doença, estão confusos e desorientados: o fácil acesso ao hall do piso 0 através do elevador no meio do corredor do serviço; as 4 portas que se abrem naturalmente sem resistência e que mesmo trancadas exteriormente se abrem facilmente do interior para o exterior são criadores de situações de risco.”“Devido ao aumento do fluxo de doentes os auxiliares e Enfermeiros são insuficientes no serviço de Plástica.”</p>	<p><b>Recursos Humanos:</b> “Falta de Médicos, Enfermeiros e também de cabos no S.de Assistência ,devido à grande afluência de utentes (agravada com a vinda de novos doentes do Exército).</p> <p><b>SI:</b></p> <p>“...A informatização dos registos e prescrições obriga a uma melhoria dos sistemas informáticos e sua assistência, assim como da relação do serviço de informática com os serviços clínicos do Hospital.”</p> <p>“Seria desejável uma alteração, melhoria, requalificação, mudança,...do SI GLINT... e uma articulação entre o GLINT e o SI do BO e recobro.... Muitas das falhas de comunicação, a meu ver, estão relacionadas com o facto dos profissionais de saúde confiarem num SI, que, na realidade, não funciona de modo integrado, não tem uma utilização prática e não é seguro!!! A maior parte das vezes, sinto que para tudo correr bem, no que toca a transferência de informação, é sempre necessário reforçar verbalmente o que já escrevi ou pedi informaticamente!!!</p> <p><b>Outros:</b> Falta de um protocolo a seguir em situações de grande emergência (doentes c/ E.A.M.e/ou paragem cardio respiratória) o Assistência é denominado como Triagem, mas na realidade é um S. de Urgência, esta indefinição causa por vezes dificuldades na resposta adequada a algumas situações que necessitam de apoio de outras especialidades ,perdendo se tempo precioso no contacto telefónico ,tentando encontrar os colegas da especialidade Sugiro que haja uma escala das diversas especialidades que em tempo útil possa dar resposta ,no sentido de minimizar o tempo de espera e poder evitar por em causa a segurança dos doentes</p>

**Anexo D - Entrevista ao Administrador da DS/HFFAA-UHL****Tabela 9 – Síntese da entrevista ao Administrador do HFFAA-UHL (24 Fev. 2012 ).**

Perg nº 1	Nos últimos anos que passos e diretivas da DGS têm sido implementadas no Hospital sentido de melhorar a segurança dos doentes internados?
Resp.	<i>“...foi implementada a cirurgia “segura salva vidas” no Bloco Operatório A CCIHH já existe há alguns anos e tem desenvolvido alguns projetos relacionados com a segurança do doente (controlo de infeções, higiene das mãos). O gabinete do utente não está disponível, porque não tem os recursos humanos desejados para funcionar a tempo inteiro. A adoção de medidas tem dependido de 3 ou 4 pessoas (Enfermeiros) Todas as propostas vindas do pessoal técnico para adoção de normas no sentido de melhorar a SD devem ser atendidas. A inexistência de um gabinete de gestão de risco ou um órgão que estivesse dedicado a tempo inteiro à qualidade e segurança dos doentes, melhorava muito esta área e facilitava a pesquisa sistemática destas matérias....”</i>
Perg nº 2	Que preocupações foram atendidas relacionadas com a segurança na reconstrução/construção dos novos blocos Hospitalares?
	<i>“...na construção foram respeitadas um conjunto normas e propostas de vários grupos profissionais, arquiteto, engenheiros, profissionais de saúde... foram respeitados um conjunto de normativas de acordo com os requisitos....”</i>
Perg nº 3	Que preocupações foram atendidas relacionadas com a segurança na aquisição dos novos equipamentos Hospitalares?
	<i>“...diversas pessoas tiveram envolvidas no estudo do equipamento a parte económica foi importante, mas as prioridades foram dadas ao conforto e à segurança. Ex as camas têm elevadores para facilitar os doentes mas também os profissionais de saúde, todas as camas têm grades protetoras para evitar quedas em determinados doentes. O conforto e a segurança teve mais relevo que a economia....”</i>
Perg nº 4	Concorda com a implementação de um sistema de notificação de incidentes / Eventos adversos
	<i>“...concordo, com o sentido pedagógico que deve ser adotado em relação ao erro, aprender com os erros e melhorar continuamente. Acontece que os próprios profissionais muitas vezes não têm consciência dos erros. Notificar É um passo importante para melhorar a segurança, mas tem que existir um órgão de gestão do risco ou da qualidade com pessoas a tempo inteiro para coordenar todo esse sistema....”</i>
Perg nº 5	Sente que quando acontece um erro clínico o foco da atenção é o erro ou o profissional?
	<i>“ sinto que o foco é o profissional, existe de facto ainda uma cultura de culpabilização. Esse órgão de gestão de risco tem um papel pedagógico também neste sentido tornar o erro o foco e não o profissional”</i>
Perg nº 6	Comissão de qualidade e segurança do doente foi referida num trabalho anterior como um projeto a implementar, mantém-se?
	<i>“...é um órgão muito importante para a área da segurança do doente, com a centralização da saúde militar neste Hospital, é vital a sua implementação. Nas próximas semanas toma posse a comissão instaladora. Haverá com certeza um choque de culturas entre os vários ramos. A aculturação por parte dos outros ramos de normas e diretivas da DGS não é pratica comum....”</i>
Perg 7	Que áreas considera determinantes para a segurança dos doentes internados no HFFAA- UHL?
Resp.	<i>“...o transporte inter Hospitalar é um problema que já foi sentido é preciso estabelecer regras para esse transporte de doentes críticos que precisam de cuidados muito diferenciados existe um oficial Médico responsável para estabelecer essas normas, estamos a aguarda-las para serem implementadas...”</i>
Perg nº 8	Como classifica a segurança dos doentes no HFAA Excelente, muito boa, razoável, fraca ou muito fraca?
Resp	<i>“Boa mas devia ser excelente.”</i>
Perg nº 9	A Administração/direção só se preocupa com a segurança do doente quando alguma coisa corre mal e esta a perceção da maioria dos profissionais de saúde do HFFAA-UHL, como comenta esta perceção?
Pedido Comentário final sobre SD	<i>“...como já referido a existência de um gabinete gestão do risco ou um órgão relacionado com a qualidade e segurança do doente é fundamental para se existirem ações proactivas relacionadas com a segurança e uma melhoria continua, esta falta faz com que exista uma atitude reativa da direção sempre algo aconteça...”</i>





## Anexo E - Entrevista ao Chefe do Serviço de Informática do HFFAA-UHL

### Assunto: Entrevista ao Responsável pelo SI Hospitalar

**Sr. Tcor Cordeiro o Cap/TS/040383-A António José Cunha Correia**, a frequentar o Curso de Promoção a Oficial Superior da Força Aérea 2011-12 no Instituto de Estudos Superiores Militares, está a realizar um Trabalho de Investigação Individual (TII), sob o tema “**Gestão do Risco Clínico e Segurança dos Doentes internados no HFFAA-UHL**,” junto dos profissionais de saúde (101 – Médicos e Enfermeiros) e no qual são avaliados 42 indicadores.

**Nota:** No final do inquérito foi pedido aos profissionais de saúde para fazerem um comentário quanto à segurança do doente no Hospital, **38% deixaram comentários sendo 18% relacionados com a sua área, gostaria que os comentasse:**

*“Seria desejável uma alteração, melhoria, requalificação, mudança, destruição.... qualquer coisa!!! Ao SI GLINT!!!... e uma articulação entre o GLINT e o SI do BO e recobro.... Muitas das falhas de comunicação, a meu ver, estão relacionadas com o facto dos profissionais de saúde confiarem num SI, que, na realidade, não funciona de modo integrado, não tem uma utilização prática e não é seguro!!! A maior parte das vezes, sinto que para tudo correr bem, no que toca a transferência de informação, é sempre necessário reforçar verbalmente o que já escrevi ou pedi informaticamente”*

*“sistemas informáticos diferentes nos diversos serviços do Hospital, impedindo a consulta do processo do doente por todos os profissionais, em qualquer parte do Hospital. Um exemplo concreto é o facto dos profissionais do bloco, recobro e consulta não consultarem toda a informação informática do doente internado em enfermaria, antes de atuarem. - a recusa por parte de alguns Médicos em utilizar o SI em prescrições farmacológicas”*

*Tudo o que se refere ao circuito do medicamento é problemático, incluindo o suporte informático.*

*Melhorar o SI.*

*A prescrição informática não é eficaz, verifica-se: A existência de prescrições médicas que quando impresso o cardex de administração não são atualizadas,*

*A informatização dos registos e prescrições obriga a uma melhoria dos sistemas informáticos e sua assistência, assim como da relação do serviço de informática com os serviços clínicos do Hospital.*

*Obrigado pela disponibilidade e atenção.*

*IESM02Mar2012*

*António Correia*

*Cap/TS*





**Comentário/Resposta do responsável pelo SI Hospitalar:**  
(07Mar2012)

**Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde da FAP**

**1. Enquadramento**

A evolução tecnológica no campo da informação tem vindo a refletir-se na medicina de forma crescente. As modernas tecnologias de informação oferecem uma oportunidade única para ir ao encontro das necessidades das instituições de saúde, revitalizando e otimizando processos essenciais para uma gestão eficaz.

Os hospitais são organizações de complexidade muito elevada, sendo algumas das suas características principais a grande quantidade e a diversidade de informação que no dia a dia se produz e consulta. As tecnologias de informação terão de estar, deste modo, ao dispor de um vasto conjunto de utilizadores com competências distintas e interesses diversos. A integração da enorme quantidade de informação produzida e a flexibilidade das plataformas que a sustentam tornaram-se condições fundamentais.

Sem dúvida que as tecnologias de informação assumem aqui um papel preponderante. Apesar de convergirem vários interesses diferenciados, a linha orientadora de ação terá sempre por base a centralidade no utente, caminhando-se sempre no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados. Naturalmente que a prestação de cuidados de saúde é caracterizada por um conjunto de particularidades, nomeadamente no que se refere às implicações humanas subjacentes, de onde resultam constrangimentos ao nível de gestão que não se encontram noutros setores.

A Direção e Administração do HFA foram confrontadas com todos estes problemas e constrangimentos quando resolveram levar a cabo a tarefa de informatizar os processos da Saúde no HFA, CMA e CPSIFA. Foi necessário determinar estrategicamente que dados é que são importantes na Saúde da FAP e qual a forma de os explorar. Foi preciso definir com clareza que conceitos, que padrões e níveis de registo, que códigos e normas utilizar, que políticas de segurança do sistema de informação, bem como diversos outros determinantes. Tudo isto com o intuito de otimizar recursos e melhorar os cuidados de saúde prestados no HFA.

O processo de implementação do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) foi conduzido de forma faseada, com a introdução gradual de módulos específicos, por motivos não só de complexidade técnica e funcional mas também de limitações financeiras. A especificidade dos sistemas, os constrangimentos de recursos internos e a existência de soluções tecnológicas disponíveis no mercado para a área da saúde, tornaram imprescindível o recurso ao *outsourcing*. A parceria estratégica com algumas empresas externas, especialistas em diferentes áreas de tecnologias da saúde, foi determinante na adoção da solução final.

Os problemas inerentes ao impacto da mudança ao nível da mentalidade dos profissionais de saúde e também da disponibilidade em termos de recursos materiais e financeiros, foram de elevada complexidade e exigiram elevado grau de empenhamento por parte dos decisores ao nível do HFA e do Centro de Informática.

De uma forma geral tem sido realçada pelos utentes a imagem de um Hospital moderno com equipamento informático inovador.

As vantagens de simplificação e rapidez de processos, pela eliminação de burocracias e erro humano, constituem para os utilizadores, as principais mais valias do SGH.

Finalmente, os indicadores obtidos ao nível dos utilizadores de topo, permitiu verificar um grau de satisfação elevado, essencialmente ao nível dos processos de gestão, faturação e apoio à contabilidade, o que justifica os investimentos efetuados em tecnologias de informação.

O HFA tem sido nos últimos anos uma referência a nível nacional, no que respeita a tecnologias de informação da Saúde, constituindo “uma montra” para os inúmeros hospitais privados e públicos que têm surgido nesta área.

O Centro de Informática, como órgão fundamental no apoio à utilização do SGH e interlocução com as empresas externas para a sua manutenção, tem também assegurado o apoio aos Centros de Saúde das unidades, garantindo o acesso ao Sistema de Informação Hospitalar central e a correta utilização das funcionalidades disponíveis.

Ao nível das empresas externas responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção do SGH, existem três parceiros estratégicos: *Glintt HS*, *Maxdata* e *Siemens Medical Solutions*.

A caracterização do sistema ao nível tecnológico permite verificar que as tecnologias utilizadas por estas empresas, são inovadoras e adequadas às necessidades específicas do HFA e CMA.

A infra-estrutura de rede que sustenta a exploração do SGH, suporta também todas as ligações aos Centros de Saúde da FAP. O parque informático tem sido gradualmente atualizado pela DCSI e ajusta-se na sua maioria, às necessidades atuais do HFA e CMA.

A componente tecnológica do SGH assenta nas capacidades adquiridas pela aquisição dos diversos



módulos e sistemas às empresas de outsourcing anteriormente referidas. Assim a solução base do sistema é suportada pela Glintt HS nas mais recentes tecnologias informáticas, utilizando uma base de dados como repositório central para os diversos módulos que integram o sistema. As suas funcionalidades foram desenvolvidas para permitir responder às necessidades atuais do HFA e estão preparadas para evoluir de acordo com as futuras exigências do sistema, sendo assegurados pela empresa elevados níveis de robustez e segurança de dados e acessos. Tendo em conta a contínua evolução tecnológica, a Glintt HS efetua periodicamente atualizações às suas soluções acrescentando novas funcionalidades e introduzindo novas e adequadas ferramentas. Os módulos que constituem o sistema estão totalmente integrados evitando redundância de informação e duplicação de processos.

*Os comentários deixados no âmbito do presente trabalho revelam, por um lado algum desconhecimento das soluções que suportam todo o trabalho realizado na atividade diária do HFA, descritas anteriormente, e por outro lado ainda alguma relutância e resistência às tecnologias por parte de alguns utilizadores.*

*Obviamente que não existem sistemas perfeitos e que os mesmos são dinâmicos para fazer face às constantes evoluções nesta área, o que poderá originar alguma falha ou constrangimento que sendo comunicado atempadamente, será de imediato resolvido.*

O Chefe do Centro de Informática  
Luís Miguel S. C. B. Cordeiro  
TCORTINF



## **Anexo F - Pedido de autorização para utilização do inquérito sobre CSD**

### **Resposta ao pedido de autorização da utilização do inquérito da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente.**

Caro António Correia,

É com o maior interesse que autorizo a utilização do questionário de avaliação da cultura de segurança do doente na Vossa Instituição.  
Naturalmente que gostaria de ter acesso aos resultados do estudo em questão, que se revela de muito valor para as instituições de saúde.

Com os votos de os maiores sucessos, disponibilizo-me para quais quer informações adicionais.  
Com os melhores cumprimentos,  
Margarida Eiras

No dia 29 de Outubro de 2011 23:34, to luz correia <[toluzcorreia@hotmail.com](mailto:toluzcorreia@hotmail.com)> escreveu:

Para: Dr.<sup>a</sup>Margarida Eiras

De: António J. Cunha Correia

Assunto: Pedido de autorização para utilizar o “Questionário Hospitalar sobre política de segurança do doente.”

Dr.<sup>a</sup> Margarida Eiras, o meu nome é António José Cunha Correia, sou Oficial da Força Aérea -Técnico de Saúde e estou a frequentar o Curso de Promoção a Oficial Superior, no Instituto Superior de Estudos Militares.

Neste âmbito, estou a realizar um trabalho de investigação individual cujo tema é: “Gestão de Risco Clínico e Segurança dos Doentes internados no Hospital das Forças Armadas -Unidade Hospitalar do Lumiar.” O objectivo deste estudo pretende, avaliar a cultura dos profissionais de saúde sobre a segurança dos doentes internados.

Venho assim, pedir autorização para utilizar o “Questionário Hospitalar sobre política de segurança do doente;” instrumento de colheita de dados validado em Portugal, pela senhora Doutora e que tem por base o original americano proposto pela Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Com os melhores Cumprimentos.

Lisboa, 29 de Outubro de 2011

Cap/TS António José Cunha Correia



## **Anexo G - Inquérito**

### **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente internado no Hospital das Forças Armadas - Unidade Hospitalar do Lumiar**

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente e a notificação de incidentes e de eventos adversos eventos/ocorrências do Hospital onde trabalha.

A sua participação vai contribuir para um estudo desenvolvido sobre avaliação da Segurança do Doente.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião.

Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Todos os dados constantes deste questionário serão inseridos num ficheiro informático da responsabilidade do investigador.

Ao seu titular é garantido o direito de acesso, retificação ou eliminação sempre que para isso se dirija por escrito ou pessoalmente ao responsável pelo tratamento. (art. 10º, 11º, 12º da Lei 67/98 de 26 de Outubro).

Um "**evento/ocorrência**" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A "**segurança do doente**" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Considere o Serviço/Unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do Hospital onde trabalha habitualmente.

Existem 41 perguntas neste inquérito

**SECÇÃO A**

O seu Serviço/Unidade de trabalho

1. Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/Unidade onde trabalha. \*

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não aplicável
1. Neste Serviço/Unidade os profissionais entreadjudam-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço / Unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- |   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**SECÇÃO B**

O seu superior hierárquico

2. Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. \*

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

- |  | Discordo<br>fortemente | Discordo              | Não<br>concordo<br>nem<br>discordo | Concordo              | Concordo<br>fortemente | Não<br>aplicável      |
|--|------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |
| 2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente                 | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |
| 3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |
| 4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente                     | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |

**SECÇÃO C**

Comunicações

3. Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha? \*

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

- |   | Nunca                 | Raramente             | Por vezes             | A maioria<br>das vezes | Sempre                | Não<br>aplicável      |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos / ocorrências | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- |   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço / Unidade                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### SECÇÃO D

Frequência da notificação de eventos/ocorrências

4. No Serviço / unidade onde trabalha, quando os eventos / ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? \*

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

- |  | Nunca                 | Raramente             | Por vezes             | A maioria das vezes   | Sempre                | Não aplicável         |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Quando ocorre um evento / ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### SECÇÃO E

Grau de segurança do doente

5. Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Excelente  
☐ Muito Boa  
☐ Aceitável  
☐ Fraca  
☐ Muito Fraca

**SECÇÃO F**

O seu Hospital

6. Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Hospital. \*

Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não aplicável
1. A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço / Unidade para outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Existe boa colaboração entre os Serviços / Unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços / Unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços / Unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECÇÃO G**

Número de eventos/ocorrências notificadas

7. Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou? \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:





- ☐ Nenhum
- ☐ 1 a 2 relatórios de eventos / ocorrências
- ☐ 3 a 5 relatórios de eventos / ocorrências
- ☐ 6 a 10 relatórios de eventos / ocorrências
- ☐ 11 a 20 relatórios de eventos / ocorrências
- ☐ 21 ou mais relatórios de eventos / ocorrências

## SECÇÃO H

### Identificação

#### 8.1 - Sexo:

Por favor, seleccione no máximo 1 respostas:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

#### 9.2 - Idade:

Por favor, seleccione no máximo 1 respostas:

- ☐ < 30 anos
- ☐ 30 a 34 anos
- ☐ 35 a 39 anos
- ☐ 40 a 44 anos
- ☐ 45 ou mais anos

#### 10.3 - Profissão: \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Enfermeiro Militar
- ☐ Enfermeiro Civil
- ☐ Médico Militar
- ☐ Médico Civil

#### 11.4 - Experiência no serviço/unidade:

Por favor, seleccione no máximo 1 respostas:

- ☐ < 6 meses
- ☐ 6 a 11 meses
- ☐ 1 a 2 anos
- ☐ 3 a 7 anos
- ☐ 8 a 12 anos
- ☐ 13 a 20 anos



☐ 21 ou mais anos

**12.5 - Experiência na Instituição:**

Por favor, seleccione no máximo 1 respostas:

☐ < 6 meses

☐ 6 a 11 meses

☐ 1 a 2 anos

☐ 3 a 7 anos

☐ 8 a 12 anos

☐ 13 a 20 anos

☐ 21 ou mais anos

**13.6 - Qual é a sua unidade assistencial ou serviço neste Hospital? \***

Local do Hospital onde passa mais tempo em contacto com doentes internados

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

☐ Serviço 1 - Medicina (inclui Cardiologia e Psiquiatria)

☐ Serviço 2 - Cirurgia Geral/Especialidades (Ginecologia, ORL, Oftalmologia)

☐ Serviço de Pneumologia

☐ Serviço de Gastreenterologia

☐ Serviço de Cirurgia Plástica

☐ Bloco Operatório

☐ Unidade de Recobro Pós Anestésicos

☐ Serviço de Assistência

☐ Serviço de Fisiatria

**14. Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital:**

Por favor, escreva aqui a sua resposta:



## Apenso a - Escala de Morse

**Proposta para implementação no HFFAA-UHL****Avaliação de Risco de Queda (Fonte: Adaptação da Escala de Morse)**

Parâmetros:		Pontos:	Data da avaliação:						
<b>1. História de quedas (últimos 3 meses)</b>	Não	0							
	Sim	25							
<b>2. Diagnóstico secundário</b>	Não	0							
	Sim	15							
<b>3. Ajuda na mobilização</b>	Nenhuma	0							
	Acamado Repouso leito								
	Bengala Andarilho Canadiana	15							
	Próteses	30							
<b>4. Terapia endovenosa</b>	Não	0							
	Sim	20							
<b>5. Marcha</b>	Normal	0							
	Acamado Cadeira de rodas								
	Lenta	10							
	Alterada Cambaleante	20							
<b>6. Estado Mental</b>	Orientado	0							
	Desorientado	15							
	Confuso								
<b>Pontuação:</b>									

A soma da pontuação dos 6 parâmetros define o nível de risco de queda de um cliente, de acordo com a Escala de Morse.

<b>Baixo Risco (BR)</b>	Pontuação 0-24
<b>Médio Risco (MR)</b>	Pontuação 25-50
<b>Elevado Risco (ER)</b>	Pontuação $\geq 51$

Parâmetros:		Data da avaliação:						
<b>7. Idade</b>	70 – 79 anos							
	$\geq 80$ anos							
<b>8. Eliminação</b>	Urgência urinária/nictúria							
	Incontinência							
<b>9. Medicação</b>	Psicotrópicos / anticonvulsivantes							
	Diuréticos / laxantes							
	Opiáceos							
	Hipertensivos							

Se Outros Factores de Risco presentes coloque (X) na coluna em frente.



<b>Definição das Variáveis da Escala de Quedas de Morse:</b>
<b>1. História de Queda:</b> <b>Não (zero pontos)</b> - O cliente não caiu nos últimos três meses; <b>Sim (25 pontos)</b> - Existe registo de queda no presente episódio de internamento ou existe história prévia de queda imediatamente antes do internamento.
<b>2. Diagnóstico Secundário</b> <b>Não (zero pontos)</b> - o doente tem um único diagnóstico; <b>Sim (15 pontos)</b> – o doente tem <u>mais do que um diagnóstico médico</u> evidenciado no processo clínico <u>OU</u> tem um diagnóstico susceptível de aumentar o risco de queda.
<b>3. Ajuda na Mobilização</b> <b>Zero pontos</b> - o doente anda sem ajuda mesmo que assistido pela enfermeira, ou está em repouso no leito ou acamado; <b>15 pontos</b> – o doente anda com ajuda de bengala, andarilho ou canadianas; <b>30 pontos</b> – o doente utiliza próteses para andar.
<b>4. Terapia endovenosa</b> <b>Não (zero pontos)</b> - o doente não faz terapia endovenosa; <b>Sim (20 pontos)</b> – o doente tem terapia/acesso endovenoso.
<b>5. Marcha</b> <b>Zero pontos</b> - o doente <u>consegue andar</u> com a cabeça direita, balanceia os braços junto ao corpo, passadas largas sem hesitações; <b>10 pontos</b> - o doente tem <u>marcha lenta</u> com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés; <b>20 pontos</b> - a <u>marcha está comprometida</u> , o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira necessitando de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levanta-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e com o balanço dos braços agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou a ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés. Nota: Se o doente usa Cadeira de rodas a pontuação é atribuída segundo a avaliação feita pela observação da marcha na mudança de cadeira de rodas para a cama.
<b>6. Estado Mental</b> <b>Zero pontos</b> - o doente responde consistentemente a perguntas simples; <b>15 pontos</b> - o doente responde incoerentemente ao questionado.

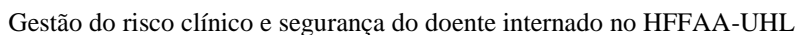
<b>Outros factores de risco:</b>
<b>1.</b> A presença de um dos <u>Outros factores de risco</u> , <b>não altera a pontuação da escala de morse.</b>
<b>2.</b> No entanto, os factores (idade, eliminação, medicação) contribuem para aumentar o risco real de queda.
<b>3.</b> Em caso de dúvida relativamente a Outros factores de Risco, incluindo antihipertensivos, analisar pormenorizadamente a Escala de Morse e só depois definir o grau de Risco de Queda.

**Em síntese:**

<b><u>Após a avaliação anterior, identifica-se o doente com ALTO RISCO DE QUEDA se:</u></b>
Na avaliação pela escala de morse a pontuação é superior a 25 (médio e elevado risco)
<b><u>Ou</u></b>
Independentemente do valor resultante da escala de morse, está presente no doente um ou mais factores (idade, eliminação, medicação). Deste modo, poderá um doente ter uma avaliação de baixo risco (pela escala de morse) mas ser necessário <b>identificá-lo</b> como alto risco e tomar as medidas adequadas.

**Apenso b - Proposta para Sistema de Notificação de Incidentes e EA (Fonte: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)**

Nº _____ / _____	
<b>OCORRÊNCIA / INCIDENTE / ACIDENTE</b>	
<b>Risco Geral</b> <input type="checkbox"/>	<b>Risco Clínico</b> <input type="checkbox"/>
<b>Pretende-se que a cultura de prevenção do risco hospitalar esteja presente em todos os cidadãos em especial em todos os Profissionais do Hospital com o objectivo de diminuir até ao limite do possível o risco hospitalar.</b>	
Esta notificação não substitui os procedimentos legais de participação de acidentes, incidentes e acontecimentos perigosos previstos na legislação dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.	
Esta notificação é confidencial, embora não deva ser anónima, jamais poderá ser utilizada para efeitos disciplinares.	
Pode e deve ser efectuada por qualquer profissional que tenha conhecimento de situações de risco. Após o seu preenchimento deve ser colocada dentro do envelope destinado para o efeito e enviada ao Gabinete de Gestão de Risco	
<b>1. DECLARANTE</b> Preenchimento Obrigatório Nome: Telefone: Serviço: Função:	<b>2. VÍTIMA</b> Doente <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Nome:
<b>ACONTECIMENTO:</b> Data: _____ Hora: _____ Local: _____	
<b>3. O QUE ACONTECEU?</b> Pôr uma cruz no quadrado mais adequado à descrição do acontecimento ( <b>seleccionar apenas um</b> )	
<b>A - ACIDENTES</b> A1 - Queda <input type="checkbox"/> A2 - Picada com agulha <input type="checkbox"/> A3 - Corte <input type="checkbox"/> A4 - Queimadura <input type="checkbox"/> A5 - Projecção de líquidos biológicos(sangue)/cáusticos <input type="checkbox"/> A6 - Explosão <input type="checkbox"/> A7 - Incêndio <input type="checkbox"/> A8 - Inundação <input type="checkbox"/> A9 - Choque eléctrico/Electrocução <input type="checkbox"/> <b>B - DISPOSITIVOS MÉDICOS / MATERIAIS</b> B1 - Avaria de elevadores <input type="checkbox"/> B2 - Avaria de material/material com defeito <input type="checkbox"/> B3 - Avaria do alarme <input type="checkbox"/> B4 - Falta de aprovisionamento de material (material/medicamento/roupa/alimentos) <input type="checkbox"/> B5 - Material fora de prazo de validade <input type="checkbox"/> B6 - Armazenamento deficiente de produtos tóxicos e/ou inflamáveis <input type="checkbox"/> B7 - Disfunções do sistema informático <input type="checkbox"/> B8 - Erros na triagem de resíduos <input type="checkbox"/>	<b>C - DANOS MATERIAIS / PATRIMONIAIS</b> C1 - Desaparecimento de valores/Objectos pessoais/ Equipamentos <input type="checkbox"/> C2 - Destruição de material/Objectos pessoais/ Equipamentos <input type="checkbox"/> C3 - Degradação das instalações/Equipamentos <input type="checkbox"/> C4 - Disfunção no transporte do doente <input type="checkbox"/> <b>D - SEGURANÇA</b> D1 - Agressão, violência verbal ou física <input type="checkbox"/> D2 - Conflito (doente, visitante, pessoal) <input type="checkbox"/> D3 - Vandalismo <input type="checkbox"/> D4 - Falha na aplicação das regras de segurança <input type="checkbox"/> D5 - Fuga <input type="checkbox"/> D6 - Rapto <input type="checkbox"/> D7 - Ameaça de violência <input type="checkbox"/> <b>E - RELACIONAMENTOS COM O DOENTE</b> E1 - Erro na identificação do doente <input type="checkbox"/> E2 - Falta de processo do doente <input type="checkbox"/> E3 - Falta de informação/esclarecimento ao doente <input type="checkbox"/> E4 - Desrespeito pelo sigilo do doente <input type="checkbox"/> E5 - Recusa de cuidados pelo doente e ou família <input type="checkbox"/> E6 - Alta contra indicação médica <input type="checkbox"/>



b-2



## REGISTO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

(apenas para tratamento administrativo, não colocar no processo do doente)

Vinheta Identificativa do Doente

Notificação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quem notifica: Enfermeiro

Farmacêutico

Médico

Outro \_\_\_\_\_

De ocorrência \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DESCRIÇÃO DE EVENTO

Descrição:

- ☐ Medicamento inadequado
- ☐ Dose inadequada
- ☐ Ilegível
- ☐ Duplicação

- ☐ Falta de data
- ☐ Doente errado
- ☐ Contra indicação
- ☐ Prescrição verbal mal compreendida

- ☐ Prescrição verbal não registada
- ☐ Extra-formulário
- ☐ Outra (especificar no verso)

Prescrição:

- ☐ Medicamento errado
- ☐ Horário errado
- ☐ Dose errada
- ☐ Frequência errada

- ☐ Duração errada
- ☐ Doente errado
- ☐ Prescrição verbal mal compreendida

- ☐ Prescrição verbal não registada
- ☐ Prescrição não transcrita
- ☐ Outra (especificar no verso)

Preparação/dispensa:

- ☐ Rotulação inadequada
- ☐ Quantidade errada
- ☐ Medicamento errado

- ☐ Dose errada
- ☐ Atraso na entrega
- ☐ Horário errado

- ☐ Frequência errada
- ☐ Outra (especificar no verso)
- ☐ Medicamento não entregue

Preparação/administração:

- ☐ Preparação incorrecta
- ☐ Incompatibilidade de fármacos
- ☐ Medicamentos adulterados
- ☐ Doente errado

- ☐ Dose errada
- ☐ Horário errado
- ☐ Medicamento errado
- ☐ Via errada

- ☐ Omissão
- ☐ Auto medicação
- ☐ Outra (especificar no verso)

### IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

	Tipo de Erro	Resultado
<input type="checkbox"/>	A	Circunstâncias que poderiam causar erro
<input type="checkbox"/>	B	Ocorreu um erro mas a medicação não chegou ao doente
<input type="checkbox"/>	C	Ocorre um erro que chegou ao doente

**ERROS DO TIPO C OBRIGAM A IMEDIATA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE**



**A PREENCHER PELO MÉDICO APÓS AVALIAÇÃO CLÍNICA**

**Identificação da Categoria do Evento**

<input type="checkbox"/>	C1	Ocorreu um erro que chegou ao doente mas não causou dano
<input type="checkbox"/>	C2	Ocorreu um erro que resultou no aumento da vigilância do doente sem dano
<input type="checkbox"/>	C3	Ocorreu um erro que resultou na necessidade de tratamento com dano temporário
<input type="checkbox"/>	C4	Ocorre um erro que causou hospitalização inicial ou prolongada
<input type="checkbox"/>	C5	Ocorreu um erro que causou danos irreversíveis no doente
<input type="checkbox"/>	C6	Ocorreu um erro que quase causou a morte do doente (choque anafilático, PCR)
<input type="checkbox"/>	C7	Ocorreu um erro que causou a morte do doente

**Considerações e Prescrições Médicas**

---

---

---

---

Assinatura \_\_\_\_\_ nº mec. \_\_\_\_\_

**Informação Adicional**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dar Seguimento com Brevidade**

Superior hierárquico onde ocorreu o erro: Hora / Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**OU**

GGQA: Hora / Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_